



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2018**

Date du Jury : **Décembre 2018**

**La culture positive de l'erreur : un
levier managérial pour le directeur des
soins au bénéfice de la qualité de vie
au travail**

Bustara Maria

Remerciements

Je souhaite remercier tous les professionnels rencontrés tout au long de ma carrière d'infirmière hier à directrice des soins aujourd'hui. Ils ont tous, à leur manière, participé au développement de mes savoirs, de mes compétences.

Merci également à :

- Isabelle Monnier, notre responsable de filière à l'EHESP pour le dispositif d'accompagnement mis en place tout au long de ces semaines ;
- Christine Stervinou, mon directeur de mémoire qui a pris le temps de m'accompagner dans ce travail ;
- tous les professionnels qui ont accepté de participer à mon enquête de terrain. Ils ont permis par leurs réponses de nourrir mes réflexions pour mon futur professionnel ;
- l'ensemble de mes collègues de promotion qui ont contribué par leurs remarques, leurs réflexions à renforcer mon cheminement.

Un merci tout particulier à Marie Claude Gasté, coordonnateur général de soins, dont les encouragements et le soutien ont contribué au démarrage de cette troisième carrière professionnelle.

« La seule véritable erreur est celle dont on ne tire aucun enseignement. »

John W. Powell

Sommaire

Introduction	1
Partie I : La démarche qualité, la QVT et le DS.....	5
1 La démarche qualité : un incontournable de notre système de santé.....	5
1.1 Un dispositif très encadré	5
1.2 Le signalement des évènements indésirables : un élément clef.....	7
1.3 Les erreurs ou les fautes : quelle place dans une démarche qualité ?	10
2 La qualité de vie au travail	12
2.1 La Stratégie Nationale de santé 2018-2022	13
2.2 La QVT et la démarche qualité.....	13
2.3 Le projet social : un levier pour la QVT	14
3 Le DS : des missions au bénéfice de la qualité et de la QVT	15
3.1 Des missions règlementées	15
3.2 Promouvoir une politique de la culture juste	16
3.3 Le management : un levier de la culture qualité	16
3.4 Le management : un levier de la QVT	19
3.5 Le projet de soins : un outil stratégique pour le DS	21
Partie II : L'enquête de terrain	23
1 La méthodologie	23
1.1 Le choix de l'outil	23
1.2 Les terrains d'enquête	23
1.3 L'échantillon.....	24
1.4 Limites et points forts.....	25
2 L'analyse des données	25
2.1 Une démarche qualité structurée dont les éléments restent à clarifier	25
2.2 La place du management.....	33
2.3 La QVT : une approche qui reste difficile.....	37

3	Des résultats aux questions de recherche	40
3.1	La place de l'erreur dans la démarche qualité	41
3.2	La QVT : une approche mal identifiée	41
3.3	La place du DS	42
	Partie III : Préconisations pour notre pratique future de DS	43
1	Promouvoir une politique institutionnelle.....	43
1.1	Définir les engagements qualité au niveau institutionnel.....	43
1.2	Clarifier la place des acteurs stratégiques : DQGR/ DS/ PCME	44
1.3	Définir une stratégie de communication	44
2	Décliner des projets qui donnent sens au travail.....	45
2.1	Le projet de soins.....	45
2.2	Le projet social.....	46
2.3	Le projet qualité	47
3	Favoriser la culture qualité au plus près du terrain.....	47
3.1	La CSIRMT : un levier pour la culture qualité	48
3.2	Favoriser un collectif cadres.....	48
3.3	Favoriser la convergence médico -soignante	49
3.4	Acculturer les nouveaux recrutés	49
3.5	Travailler sur les parcours	50
	Conclusion	51
	Bibliographie	55
	Liste des annexes	61

Liste des sigles utilisés

ANACT :	Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail
CH :	Centre Hospitalier
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CDS :	Cadre De Santé
CME :	Commission Médicale d'Établissement
CREX :	Comité de Retour d'Expérience
CSDS :	Cadre Supérieur De Santé
CSIRMT :	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
DCGS :	Directeur Coordonnateur Général des Soins
DQGR :	Directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques
DRH :	Directeur des Ressources Humaines
DS :	Directeur des Soins
EI :	Évènement Indésirable
EIAS :	Évènement Indésirable Associé aux Soins
EIG :	Évènement Indésirable Grave
FEI :	Fiche d'Évènement Indésirable
GHT :	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS :	Haute Autorité en Santé
HPST :	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IFAQ :	Incitation Financière À la Qualité
IFSI :	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IPAQS :	Indicateurs de performance et de qualité des soins
IQSS :	Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins
PCME :	Président de la Commission Médicale d'Établissement
PS :	Projet de Soins
QVT :	Qualité de Vie au Travail
RETEX :	RETour d'EXpérience
RMM :	Revue de Morbi-Mortalité

Introduction

Un garçonnet de trois ans, hospitalisé pour une angine est décédé à la suite d'une méprise. La soignante a été placée en garde à vue¹. L'erreur d'une infirmière qui a reconnu s'être trompée a conduit à la mort d'un enfant. L'activité du soin n'est pas une activité sans risque mais comment accepter, l'inacceptable ?

Depuis de nombreuses années, les établissements de santé ont développé des politiques de qualité et gestion des risques afin de sécuriser au maximum les pratiques professionnelles et limiter, voire anticiper, les risques inhérents aux soins. La qualité des soins est mesurée depuis 2008 par le principe d'une autoévaluation des établissements de santé. Les résultats sont traduits en différents indicateurs qu'ils transmettent à la Haute Autorité en Santé (HAS). La liste des indicateurs de performance et de qualité des soins (IPAQS) est définie annuellement par décret. Une qualité des soins qui fait également l'objet d'un contrôle externe piloté par la HAS dans le cadre des démarches de certification mises en œuvre depuis plus de 20 ans. L'ensemble des résultats d'évaluation qualitative des pratiques professionnelles est mis à disposition des usagers pour répondre au besoin de transparence et maintenir ainsi leur confiance dans le système de santé tenant compte de l'ultra médiatisation de notre société.

Pour autant, et malgré cet engagement fort des établissements en matière de qualité et sécurité des soins, l'enquête ENEIS² de 2009 confirme l'impossibilité d'éliminer complètement les risques dans les soins. Elle conforte les éléments de l'enquête de 2004, démontre la survenue de 6.2 évènements indésirables graves (EIG) pour 1000 jours d'hospitalisation et le caractère évitable pour 47% des EIG. Les chiffres ont peu évolué entre les 2 enquêtes, alors que tous les établissements ont développé des politiques, des plans d'actions au bénéfice de la qualité et de la gestion des risques liés aux soins. Y aurait-il des freins ? La culture sécurité est-elle l'apanage de certains ou est-elle réellement intégrée dans la pratique soignante ?

Si l'on considère qu'un évènement indésirable (EI) se définit comme l'évènement qui n'aurait pas dû arriver si les soins, les prises en charge, avaient été conformes aux attendus, aux protocoles, aux recommandations de bonnes pratiques, alors il convient d'accepter qu'un système tout aussi sûr soit-il, n'est pas un système où le risque a été supprimé. Le risque zéro n'existe pas. Et cela est d'autant plus vrai que le système de

¹ DELAHOUSSE M., « L'erreur d'une infirmière cause la mort d'un enfant », Le Figaro.fr

² DREES, septembre 2011, n° 109, « Enquêtes Nationales sur les Évènements Indésirables graves associés aux Soins - Comparaison des deux études ENEIS 2004 et 2009 »,

soins est un système complexe qui nécessite la coordination de plusieurs professionnels autour d'une même prise en charge d'un patient.

L'adage populaire dit que l'erreur est humaine. En partant de ce constat, toute politique axée sur la qualité et la sécurité des soins doit prendre en compte et accepter ce facteur humain, donc, la part non prescrite des protocoles, des process ; autrement dit le travail réel des professionnels. Il convient d'utiliser toutes ces erreurs commises au quotidien, non comme des insuffisances, des échecs individuels, mais au contraire comme des richesses, des opportunités pour améliorer (sécuriser) le système global. La prise en compte de l'erreur est un élément essentiel de la gestion des risques. Un système complexe, comme l'est celui du soin, est d'autant plus sûr que les erreurs ont été repérées et corrigées pour permettre de réparer le système dans son ensemble.

Tous les dispositifs d'analyse des risques *a posteriori* sont basés sur les retours d'expériences. Il est donc nécessaire de connaître les situations de travail ayant posées problème, les irritants quotidiens. Le principe de déclaration par les professionnels des EI est donc la pierre angulaire d'une politique de la qualité et de la sécurité des soins. Tous les établissements se sont dotés d'un système de déclarations depuis longtemps, mais tous sont confrontés à une sous déclaration des événements. Les professionnels semblent donc hésiter avant de déclarer, le principal frein identifié dans les études étant la crainte de la sanction. Le manque de confiance des professionnels dans la réaction de leur hiérarchie est un frein à l'amélioration de la qualité des soins. L'appropriation par les soignants d'une culture de la sécurité des soins nécessite donc de favoriser un contexte de travail favorisant l'expression des professionnels.

Le directeur des soins (DS) doit impulser une dynamique managériale permettant aux professionnels de discuter ensemble de la réalité de leur travail, d'analyser leurs propres erreurs et celles des autres afin d'en tirer des axes d'amélioration et contribuer ainsi à leur non reproduction.

Le management « *c'est l'art de donner du sens, de faire partager un projet, d'associer l'autre à la décision, de le faire participer, de donner à tous de la visibilité de l'action pour l'action* ». ³ Le type de management mis en place dans les établissements doit permettre de rendre les organisations apprenantes dans un collectif construit donnant sens au travail partagé. Cette approche favorise le développement des compétences individuelles des professionnels, et également le renforcement du collectif dans l'action. L'enquête ENEIS a mis en évidence que la plupart des EI sont en lien avec des défauts de

³ COUTY E., in « *changer l'hôpital* », p 22.

coordination entre professionnels ; prendre en compte le travail en équipe est donc un élément essentiel d'une politique de qualité et gestion des risques.

Les managers doivent se saisir de ces principes car ils contribuent à la qualité de vie au travail (QVT). Le plan santé au travail 2018- 2022 pose la QVT comme un enjeu majeur pour les managers, elle doit être au cœur de l'entreprise. Les articulations entre QVT et qualité du travail mais également entre QVT et performance des organisations, des établissements ont été démontrées. Si la QVT est un enjeu de performance, la question du management est donc centrale pour le DS. Elle implique de sa part une réflexion politique, stratégique et opérationnelle dans la mise en œuvre de sa politique managériale. Le DS se doit de contribuer à la mise en place des directives ministérielles qui ont fait de la QVT une priorité managériale. Comme directeur, il contribue par ses actions à la performance de l'établissement.

Nous souhaitons mettre à profit ce travail pour alimenter notre réflexion autour de deux axes principaux :

- Un 1^{er} axe centré sur l'erreur, à différencier de la faute. Montrer que l'erreur est difficile à accepter dans le monde du soin, mais qu'elle est inéluctable, et qu'il convient donc de la prendre en compte pour une meilleure qualité et sécurité des soins et une politique de gestion des risques efficace. Autrement dit, se positionner dans le paradigme socio constructiviste et considérer que les erreurs sont sources d'apprentissages, donc de montée en compétences individuelles et collectives.
- Un 2^{ème} axe centré sur le management et comment il peut contribuer à développer une culture sécurité auprès des professionnels afin qu'ils se sentent mieux dans leurs pratiques. Donc un management au bénéfice de la qualité des soins mais aussi au bénéfice de la qualité de vie au travail. En se positionnant sur le fait que la QVT est un élément contributif de la performance des établissements, le manager a tout intérêt à s'approprier cette démarche surtout à l'aune de la mise en place de l'incitation financière à la qualité (IFAQ) pour les établissements de santé.

A partir de l'ensemble de ces éléments la question centrale de ce travail est ainsi formulée :

En quoi la culture positive de l'erreur peut-elle être un levier managérial pour le DS au bénéfice de la qualité du travail donc de la qualité de vie au travail ?

Afin d'y répondre, six questions de recherches ont été formulées :

- Quels sont les éléments (les indicateurs) retenus par les DS pour déterminer le seuil d'acceptabilité d'une erreur ?
- Quels sont les leviers managériaux pour mettre en œuvre des organisations apprenantes ?
- En quoi la politique managériale développée par le DS contribue-t-elle à l'acculturation de la démarche qualité des soignants ?
- Comment le DS peut-il accompagner le développement de la culture positive de l'erreur auprès de l'encadrement ?
- Comment le DS peut-il contribuer à l'instauration d'un climat de confiance favorisant les processus de déclarations des événements indésirables ?
- Comment les cadres s'approprient la notion de QVT et de démarche qualité et gestion des risques liés aux soins ?

Après avoir présenté les éléments du contexte que le DS doit prendre en compte, nous développerons dans une deuxième partie les éléments d'analyse issus de notre enquête avant de proposer des préconisations pour notre pratique future.

Partie I : La démarche qualité, la QVT et le DS

Dans cette première partie, nous allons nous attarder à préciser les éléments en lien avec la démarche qualité et la place de l'erreur, la QVT et le rôle du DS dans le pilotage de ces deux thématiques à travers le management.

1 La démarche qualité : un incontournable de notre système de santé

1.1 Un dispositif très encadré

Le concept d'une démarche qualité est assez récent, il s'est réellement structuré suite aux crises sanitaires du début des années 80 avec l'affaire du sang contaminé. La déferlante médiatique qui s'en est suivie, a incité les pouvoirs publics à rendre obligatoires les démarches d'évaluations des pratiques des professionnels de santé pour répondre au besoin de qualité et de sécurité des soins ainsi qu'aux exigences des usagers d'être tenus informés de ce qui se faisait réellement dans les établissements de santé.

Nous souhaitons faire un point, ci-dessous, sur les principaux textes qui ont permis de structurer la notion de démarche qualité et sécurité des soins au fil des années.

C'est l'ordonnance du 24 avril 1996⁴ portant réforme hospitalière dite « ordonnance Juppé » qui marque vraiment un tournant dans le principe d'évaluation des pratiques en santé en créant l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé qui deviendra la HAS en 2004. L'ordonnance pose le principe de la structuration d'une démarche qualité basée sur l'auto-évaluation des professionnels complétée par un contrôle extérieur piloté par la HAS et réalisé avec une visite d'experts visiteurs formés à la démarche.

Organisée tous les 4 ans, la démarche de certification aboutit à la rédaction d'un rapport valorisant les points forts et pointant les écarts (par rapport aux attendus) des établissements concernant leur démarche qualité et sécurité des soins. La campagne actuelle de certification, la « V 2014 », repose sur le principe de la méthode du patient traceur. Une approche systémique des prises en charge, obligeant les professionnels à travers les chemins cliniques à se questionner sur leurs prises en charge collectives (donc le travail en équipe) dans une approche décloisonnée des parcours.

Depuis 2008, la HAS est chargée de recueillir des indicateurs qualité. *« Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) sont des outils qui mesurent l'état de santé d'un patient, une pratique professionnelle ou la survenue d'un événement, afin d'évaluer de*

⁴ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

manière fiable la qualité des soins et la sécurité des patients »⁵. Les indicateurs imposés par la HAS permettent le pilotage de la politique de santé au niveau national, régional et local et le pilotage de la qualité au niveau des établissements. Ils assurent une transparence vis-à-vis des usagers par la mise à disposition des résultats (ex : site Scope Santé) pour le grand public. Le recueil de ces indicateurs permet d'objectiver les démarches qualité et sécurité des soins mises en place, d'évaluer les pratiques des professionnels et de mesurer la satisfaction des usagers. La liste des indicateurs, nommés aujourd'hui indicateurs de performance et de qualité et de sécurité des soins (IPAQSS) est évolutive. Elle est fixée annuellement par un arrêté qui précise également aux établissements de santé les modalités de recueil (temporalité et support).

La loi « hôpital, patients, santé, territoires » dite loi HPST du 21 juillet 2009 inscrit la qualité de la prise en charge des patients et la sécurité des soins comme un levier incontournable pour la modernisation des établissements de santé et comme un des axes prioritaires de la loi. Elle organise la structuration de la démarche qualité à plusieurs niveaux ; et impose aux établissements de faire preuve de transparence en publiant annuellement leurs IQSS (Art.5). Conformément aux dispositions de la loi, la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins repose sur une politique institutionnelle définie par le directeur de l'établissement et le président de la commission médicale d'établissement (CME/PCME). La CME et la commission des soins, infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) sont impliquées dans le pilotage de la qualité. La CME propose un programme d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. De son côté, la CSIRMT doit valider la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins (Art. R 6146-10 du code de santé publique). Le pilotage opérationnel est confié au service Qualité et Gestion des risques avec la mise en place d'un coordonnateur qualité, fonction parfois assurée par un DS.

Prenant en compte que la sécurité des soins est une attente légitime des usagers et que les événements indésirables ne sont pas une fatalité, Marisol Touraine alors Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme, lance le 14 février 2013 un programme national pour la sécurité des patients 2013-2017⁶ dans lequel elle donne une place particulière à la gestion des événements indésirables graves et aux retours d'expériences (RETEX). Des objectifs opérationnels sont posés pour améliorer la déclaration et la gestion des EI, mais aussi pour favoriser le travail en équipe par les

⁵ HAS, https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2625243/fr/les-indicateurs-en-bref

⁶ Ministère de la santé,

https://solidarites.sante.gouv.fr/IMG/pdf/recapitulatif_des_axes_objectifs_actions_du_pnsp_2013_2017.pdf

RETEX, le management par la qualité et la formation. Une évaluation du plan publiée en août 2018⁷ par le Haut Conseil de la Santé Publique, témoigne d'avancées significatives des démarches qualité et sécurité dans tous les établissements de santé et pointe les progrès qui restent à faire, notamment pour le développement d'une culture sécurité partagée.

Pour inciter davantage les établissements à répondre aux attentes fortes de réorganisations dans une perspective d'efficacité et de performance, le ministère a mis en place l'IFAQ. Le décret n° 2015 -1866 du 30 décembre 2015 relatif au financement de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins définit les conditions d'éligibilité des établissements de santé et les modalités de calcul de l'IFAQ. Ce dispositif est généralisé à tous les établissements de santé avec l'arrêté du 5 août 2016. Depuis le gouvernement a changé mais cette approche financière de la qualité reste de mise. En effet, il est à noter, que parmi les 54 mesures du plan « Ma santé 2022 » présentées le 18 septembre 2018 par Mme Buzyn, ministre de la santé, il est prévu, dès 2019, de passer l'enveloppe financière dédiée à l'IFAQ à 300 millions d'euros (contre 60 millions aujourd'hui) avec une extension aux EHPAD et à la psychiatrie.

Nous concluons cette partie en mentionnant la loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé qui renforce la place des usagers dans le système de santé. Les missions de la commission des usagers (CDU) sont élargies par rapport à celles de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) qu'elle a remplacée. La simple diffusion des résultats qualité n'est plus suffisante. L'utilisateur est placé comme un partenaire institutionnel que l'on doit consulter notamment concernant la politique de qualité et sécurité des soins mise en œuvre et à qui l'on doit rendre compte des actions mises œuvre.

Plusieurs propositions du plan « Ma santé 2022 » concernent la qualité et la sécurité des soins. Les mesures devraient favoriser la logique de parcours de soins et de prise en charge d'équipe médico-soignante ainsi qu'une plus forte implication des usagers dans l'évaluation de la qualité des soins en développant le principe des retours d'expériences des usagers. Cela conduirait notamment au suivi d'indicateurs transversaux (indicateurs de parcours, indicateurs d'expérience patient) pris en compte dans le calcul de l'IFAQ.

1.2 Le signalement des événements indésirables : un élément clef

L'enquête ENEIS2 de 2009 évoque la survenue de 275 000 à 395 000 EIG par an : soit un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits, un tiers d'entre eux étant considéré

⁷Haut conseil de la santé publique, évaluation du programme national de sécurité des patients 2013-2017, <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/programme-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp/pnsp>; visité le 11 septembre 2018.

comme évitable⁸. Ces données démontrent l'enjeu de santé publique que constituent l'identification, la détection et la gestion des EI.

1.2.1 EI, EIAS, EIG : clarification des termes

Un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) est défini comme un « *incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement* »⁹. Les EIAS sont l'ensemble des dysfonctionnements, des erreurs parfois, qui impactent négativement le parcours du patient alors qu'ils sont évitables pour la majorité d'entre eux. Qu'il s'agisse d'une prise en charge défectueuse, d'une erreur d'identité, d'un accident médicamenteux ce sont des événements défavorables pour le patient, ayant un caractère certain de gravité. On parle d'EIG quand il entraîne décès, mise en jeu du pronostic vital, une perte de chance, une prolongation de l'hospitalisation, un handicap ou une incapacité pour le patient¹⁰.

1.2.2 Principe de déclaration

S'il est fait obligation à tous les professionnels de déclarer la survenue d'EI, les EIG font l'objet d'une procédure particulière auprès de l'ARS avec une première déclaration immédiate et une transmission dans les trois mois de l'analyse des causes profondes et du plan d'actions mis en œuvre.

Afin de favoriser l'adoption d'une culture sécurité auprès de l'ensemble des professionnels et encourager les professionnels à signaler les EIAS, le dispositif doit garantir que le système de déclaration est fondé sur la base du volontariat et qu'il assure la protection du déclarant.

Le déclarant ne doit pas faire l'objet de poursuites à la suite de sa déclaration. On parle de plus en plus de la « culture juste » qui engage les membres de la direction dans une posture éthique à l'égard du professionnel, du patient et/ou de sa famille, et la mise en place d'une analyse systémique en cas d'EIAS. C'est la seule manière d'inciter les professionnels à signaler les incidents ce qui constitue donc la voie la plus sûre pour sécuriser les soins, gagner en qualité, donc en performance.

1.2.3 Traitement des déclarations

Pour donner sens au dispositif il est indispensable de donner une suite aux déclarations. Sinon, comment permettre aux professionnels de comprendre l'utilité de signaler un dysfonctionnement s'ils ont le sentiment que les signalements ne sont pas pris en compte et que rien n'est fait? La politique de communication intégrée au dispositif qualité doit établir un retour systématique au déclarant et définir les modalités de diffusion à l'ensemble des professionnels des actions entreprises et des résultats qualité obtenus.

⁸ Guide ANAES, p17.

⁹ Art. R 6111-1 du code de la santé publique

¹⁰ Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016

1.2.4 Évaluation du dispositif

Comme tout dispositif, il est nécessaire d'évaluer au moins annuellement le niveau de performance de la gestion des EI en mettant en place le suivi de différents indicateurs :

- le taux de signalement d'EI : même si cela peut paraître paradoxal pour certains, un taux élevé témoigne d'un système sécurisé dont les acteurs se sont appropriés la démarche et ont compris l'importance de signaler les erreurs pour permettre au système de s'améliorer.
- la pertinence des signalements : le type de déclaration (son objet) et le nombre de signalements qui ont fait l'objet d'actions correctrices.
- le profil des déclarants : témoin du niveau d'acculturation par catégorie professionnelle, mais aussi par service, par pôle. Cela permettra de déterminer des plans d'actions ciblés.
- le niveau de communication : évaluer comment les informations sont diffusées et partagées est un reflet de la réalité d'une démarche institutionnelle.

1.2.5 Freins à la déclaration

L'implication de tous les professionnels dans une démarche de déclaration des EI dépend du niveau de la culture qualité institutionnelle. De plus en plus d'établissements ont compris que sans déclaration il n'y a pas de culture de la sécurité et que sans culture de la sécurité il n'y a pas de déclaration. L'appropriation d'une culture ne se décrète pas ; on estime qu'il faut en moyenne dix ans pour que s'instaure une culture dans une entreprise. De nombreuses enquêtes démontrent que plusieurs freins à la déclaration des professionnels persistent dans tous les établissements de santé.

Parmi les freins identifiés, il y a tout d'abord la méconnaissance par les professionnels du système de déclaration. Cela va de la mauvaise appropriation de la procédure à la non maîtrise du support. Il est également constaté, une connaissance floue, parfois, de ce qu'il convient de déclarer. En effet, les professionnels ne savent pas toujours ce qui doit faire l'objet d'une déclaration, ce qui est important de ce qui ne l'est pas ; ce qui témoigne d'une acculturation insuffisante à la démarche. Le dispositif ne doit pas prétendre à l'exhaustivité mais doit permettre de repérer les zones de fragilité dans les process, les potentiels points de rupture dans les prises en charge. La clarification des attendus en matière de déclaration est donc nécessaire.

Le manque de communication est également un frein à la déclaration. Les déclarants n'ont parfois pas de retour sur la suite donnée à leur déclaration, les actions correctrices ne sont pas forcément lisibles. En outre, les résultats qualité, les indicateurs ne sont pas toujours diffusés de façon large au sein des établissements. Tous ces éléments ne favorisent pas une appropriation de la démarche qualité par les professionnels.

Le principal frein à la déclaration systématiquement mis en avant dans toutes les études est la crainte de la sanction ou de la mise en défaut du déclarant. Cela tient parfois à un manque de clarification au niveau institutionnel de ce qui relève d'une faute ou d'une erreur et des risques encourus en fonction. Le professionnel qui ne sait pas ce qu'il risque ne sera pas enclin à déclarer. Une politique de la culture juste est donc indispensable.

1.3 Les erreurs ou les fautes : quelle place dans une démarche qualité ?

« Apprendre de ses erreurs est une des bases de la progression des individus et des organisations ; c'est aussi un fondement des démarches qualités »¹¹.

Mais de quoi parle-t-on lorsque l'on évoque qu'un professionnel s'est trompé dans un calcul de dose par exemple ? Existe-t-il une distinction entre l'erreur et la faute ?

Cette question nous semble un point de départ indispensable à clarifier avant de s'intéresser au statut de l'erreur dans une démarche qualité.

1.3.1 Erreur ou faute : clarification des termes

L'origine latine des deux mots nous permet de différencier ces deux termes. Quand l'erreur vient de « *errare* » c'est-à-dire errer, être en errance, la faute prend son origine dans « *fallere* » qui signifie faillir, c'est l'action de manquer, se tromper. L'origine latine introduit l'idée que l'erreur est plutôt en lien avec un acte, alors que dans la faute il y a la notion de manquement, une action intentionnelle de ne pas respecter la règle ou de nuire. Nous retenons l'idée qu'il convient de parler d'erreurs « *pour des actions planifiées (intentionnalité de l'action) qui n'atteignent pas l'objectif désiré car elles ne se déroulent pas en accord au plan ou car le plan lui-même est inadéquat pour atteindre l'objectif* »¹².

L'erreur est un acte qui se révèle inadapté, un écart involontaire, et non répétitif aux objectifs ou intentions, autrement dit un événement indésirable qu'il convient de prendre en compte.

La faute est un acte imprudent ou négligent dont le traitement relève du pouvoir disciplinaire du directeur de l'établissement et/ou de poursuites pénales. Comme le précise l'article 121-3 du code des procédures pénales un acte devient délictueux, donc condamnable, à partir du moment où il est démontré qu'il y a une intention de nuire.

1.3.2 La place de l'erreur dans notre société

L'erreur a une image négative dans notre société. Le côté non intentionnel de l'erreur devrait permettre une déculpabilisation de celui qui la commet, or elle est toujours vécue comme un échec. Cela s'inscrit dans notre patrimoine culturel.

¹¹ TURBEL L., « Comment promouvoir la culture de l'erreur apprenante dans les établissements de santé », juillet 2018.

¹² LAROUZÉE J., GUARNIERI F., BESNARD D., Le modèle de l'erreur humaine de James Reason., p 23.

En effet, dès notre plus jeune âge, le système de notes à l'école vient sanctionner les erreurs commises. Celui qui a un zéro en dictée c'est celui qui ne sait pas, qui ne maîtrise par les règles d'orthographe, on dit qu'il commet des fautes d'orthographe alors que l'on devrait dire qu'il commet des erreurs d'orthographe. Dans notre société, nous nous construisons avec cette approche négative de l'erreur.

Elle est très prégnante également dans le monde de la santé. Culturellement, il est insupportable, voire impossible si on est directement impliqué, d'accepter qu'un soignant ait pu commettre une erreur en s'occupant d'un patient, et c'est d'autant plus vrai que les impacts sont graves. Cela renvoie à de l'insuffisance, à des dysfonctionnements voire de l'incompétence. Il en est de même pour les professionnels de santé, la formation initiale des métiers de la santé est aussi dans cette lignée et met en avant l'excellence qui peut donner à croire que le professionnel de santé parfait existe.

Les sciences de l'éducation, dans le paradigme socio-constructiviste donnent une place positive aux erreurs, des raisons d'en faire non pas des symboles d'échecs, d'incompétences (si on se réfère au monde du travail) mais plutôt des richesses, des opportunités qui nous donnent l'occasion de progresser, de s'améliorer. Il y aurait donc un intérêt à tirer des enseignements des erreurs, « *faire l'éloge de l'erreur c'est paradoxalement, faire l'éloge de la sécurité et du progrès* »¹³ car l'erreur est indispensable au fait d'avancer, de s'améliorer, d'aller plus loin, d'évoluer.

1.3.3 Le droit à l'erreur

« *Les seules vraies erreurs sont celles que nous commettons à répétition. Les autres sont des occasions d'apprendre* »¹⁴. La sécurité de nos systèmes repose dans le fait d'intégrer dans la démarche qualité le droit de faire des erreurs. C'est une approche positive de l'erreur, non pas, parce que celle-ci est banalisée, ce n'est pas un permis à mal faire, mais parce que permettre de déclarer à temps une erreur permet d'éviter le pire. Il s'agit de la prendre en compte et d'agir tant qu'il en est encore temps.

L'approche privilégiée dans une démarche qualité pour développer une culture apprenante de l'erreur consiste à réaliser une évaluation des risques *a posteriori* à partir d'évènements avérés. « *Les erreurs ne sont alors plus considérées uniquement comme des fautes passibles de sanctions mais comme des sources précieuses d'information, d'enseignements* »¹⁵ d'autant que « *vouloir maîtriser les risques en punissant fermement les auteurs des erreurs est voué à l'échec* »¹⁶.

¹³DEGOS L., L'éloge de l'erreur ; éditions le Pommier, janv 2013, p 10.

¹⁴Citation du Dalaï Lama

¹⁵Pratiques et organisations des soins, volume 43, janvier-mars 2012, p 38.

¹⁶Comité de rédaction « sécurité du patient », HAS, Repères. Pas d'erreur sur l'erreur, 14 janv 2016.

1.3.4 Approche systémique de la qualité

De cette vertu reconnue de l'erreur découle l'importance de la prise en compte du collectif et non la remise en cause individuelle de la responsabilité d'un professionnel. Cette approche systémique part du principe que dans un système complexe comme celui de la santé où les prises en charge des patients sont multi professionnelles, multidisciplinaires, il y a de nombreux « *facteurs de risques qui se combinent et créent un cheminement possible vers l'accident au travers des barrières du système* ». ¹⁷

Le modèle de James Reason¹⁸ appliqué au système de soins permet de relativiser l'importance des défaillances individuelles dès lors qu'elles permettent une analyse systémique et l'identification des causes liées aux organisations des soins. « *La démarche la plus efficace, n'est donc pas de se focaliser sur la cause humaine immédiate évidente mais d'approfondir en équipe l'analyse des évènements indésirables survenus pour détecter et traiter les zones d'insécurité* »¹⁹.

La culture de l'erreur apprenante dans une démarche qualité est donc centrée sur l'inévitabilité de l'erreur dont l'objectif serait d'éviter sa reproductibilité²⁰ à partir de la prise en compte de la réalité des pratiques et des défaillances du système.

2 La qualité de vie au travail

La HAS²¹ identifie plusieurs paramètres contribuant à la QVT. Il est notamment question du sens du travail, de la possibilité donnée aux professionnels de parler du travail, des relations managériales, de l'engagement participatif ou du travail en équipe.

Lors du colloque de l'Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) portant sur « la qualité au travail au service de la qualité des soins »²², Mme Buzyn, ministre de la santé, revient dans son discours inaugural du 11 Septembre 2017 sur les différentes dimensions de la QVT et les facteurs qui l'influencent :

- le travail en équipe, la communication et les échanges d'informations ;
- la capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de son travail ;
- le rôle prépondérant du management.

Elle conclue la première partie de son allocution en rappelant que les liens ont été démontrés entre la QVT et la qualité des soins ce qui explique en quoi l'axe de la QVT est devenu un élément d'évaluation de la V 2014.

¹⁷ DEGOS L., *op cit.*, p 8.

¹⁸ Cf Annexe 1

¹⁹ DEGOS L., *op cit.*, p16.

²⁰ DEGOS L., *op cit.*, p 91.

²¹ Cf Annexe 2

²² https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/discours_colloque_qvt_110917.pdf

2.1 La Stratégie Nationale de santé 2018-2022

La pression économique est de plus en plus forte sur les établissements de santé. Ils doivent adapter sans cesse leurs activités, à l'échelon d'un établissement ou du territoire depuis la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), pour répondre aux différentes réformes dans une recherche permanente de l'efficacité des organisations et sans gager la qualité et la sécurité des soins. Cela ne se fait pas sans impacter le personnel soignant. Celui-ci doit faire preuve d'une grande adaptabilité pour faire évoluer ses pratiques, ses modes d'exercices dans ce mouvement perpétuel, ce qui peut provoquer insécurité et une perte de sens du travail.

Conscients du malaise que cela peut générer auprès des professionnels, les pouvoirs publics ont mis la QVT « *au cœur de nos organisations [...] un fondement indispensable à l'atteinte des objectifs de l'hôpital, en termes de qualité des soins et de performance sociale* »²³.

Dans son volet pour la stratégie nationale d'amélioration de la QVT intitulé « Prendre soin de ceux qui nous soignent » publié le 05 décembre 2016, trois axes sont priorités :

- donner une impulsion nationale pour porter une priorité politique ;
- améliorer l'environnement professionnel et les conditions de travail des professionnels au quotidien ;
- accompagner les professionnels aux changements et améliorer la détection des risques psychosociaux.

Les objectifs opérationnels identifiés mettent l'accent sur la place qui doit être donnée à l'écoute des professionnels, aux initiatives individuelles ou collectives, et l'accompagnement des cadres dans leurs activités de management.

2.2 La QVT et la démarche qualité

La mise en place d'actions QVT nécessite de définir au préalable la politique, la stratégie QVT au niveau de la direction²⁴. En intégrant des éléments de la QVT dans la démarche de certification V 2014, la HAS donne une feuille de route aux établissements de santé et l'impose comme faisant partie des thématiques obligatoires à renseigner dans le compte qualité des établissements.

Pour la HAS, l'approche de l'évaluation de la QVT dans la démarche qualité « *fait valoir que la perception qu'ont les professionnels de la qualité de vie au travail dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail. Elle met en avant le rôle du personnel et de leurs représentants en tant qu'acteurs de la construction des solutions*

²³ Stratégie nationale d'amélioration de la QVT, p1.

²⁴ Cécile Katnizer. Soins cadres, n°104, nov 2017, p 33.

proposées, notamment organisationnelles, aux côtés des directions, du management et des experts²⁵ ».

L'établissement doit faire la preuve de la stratégie suivie et du mode de management mis en place au bénéfice de la QVT. Les démarches attendues sont celles qui contribuent à :

- accompagner les cadres ;
- favoriser et soutenir l'expression des professionnels ;
- soutenir les professionnels au quotidien : en cas de difficultés, d'EI, dans les discussions autour des organisations, du planning, à l'occasion de déménagement, de fusion ;
- concilier au mieux vie professionnelle et vie privée.

Les liens sont faits par la HAS entre la qualité du travail, la liberté d'expression des professionnels et la politique managériale qui doit sous tendre toutes les démarches. Considérée, comme transversale, la thématique QVT ne fait pas forcément l'objet d'éléments contrôlés par les experts visiteurs lors de la visite de certification. Toutefois, les directeurs peuvent être questionnés sur les actions mises en place dans le cadre de leur projet social.

2.3 Le projet social : un levier pour la QVT

*« Elaboré dans la concertation avec l'ensemble des personnels et négocié avec les partenaires sociaux, il permet à chaque établissement de définir clairement sa politique de développement social et fédérer l'ensemble des personnels autour d'objectifs commun dans une culture d'établissement partagée ».*²⁶ Dans son rapport, Edouard Couty insiste sur les différentes composantes du projet social qui contribuent à l'amélioration de la QVT. Il évoque notamment l'importance de la valorisation des professionnels par un mode de management décloisonné, bienveillant et participatif, facilitant l'expression des professionnels sur le travail.

La QVT à travers le projet social s'appuie sur deux axes :

- l'expression des professionnels. Il convient de définir des dispositifs permettant de réaliser des analyses des situations de travail afin de tenir compte des conditions de travail des professionnels ;
- l'amélioration des conditions de travail qui passe notamment par une réflexion autour de la convergence des organisations médico-soignantes, et une implication forte des cadres de santé pour concilier au mieux vie professionnelle et vie privée notamment à travers la gestion des plannings.

²⁵ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/20140703_fiche_qvt_cq.pdf, p1.

²⁶ COUTY E., *Elaboration, négociation et suivi du projet social*, avant-propos.

La QVT est un facteur clef de l'engagement des professionnels dans leur travail ; gage de qualité, d'efficience et de performance. « *Promouvoir des relations bienveillantes permet de faire face aux contraintes budgétaires et aux attentes des usagers : entre qualité des soins, efficience des organisations, performance de l'établissement et QVT : c'est le socle du management* ». ²⁷

3 Le DS : des missions au bénéfice de la qualité et de la QVT

Le management a un rôle essentiel pour favoriser l'acculturation des professionnels à la démarche qualité et à la QVT. Il est de la responsabilité du DS de contribuer à travers sa politique managériale à un changement de paradigme pour les cadres en faveur de la mise en œuvre des organisations apprenantes, gage de développement des compétences (individuelles et collectives) au bénéfice de la qualité du travail et de la QVT.

3.1 Des missions règlementées

Dans son guide de mars 2012, la HAS définit trois fonctions incontournables pour une démarche qualité institutionnalisée :

- une fonction de gouvernance ou de pilotage de la gestion des risques : l'ensemble des directeurs (appelé le top management) et le PCME ;
- une fonction de coordination : le coordonnateur qualité et gestion des risques, le DS ;
- une fonction opérationnelle : le DS, l'encadrement.

Les missions du DS en lien avec la démarche qualité, le management et la QVT sont explicitées dans différents documents de référence ou réglementaires.

Le décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique définit ses missions spécifiques concernant : l'animation de l'encadrement, la mise en œuvre d'un projet de soins (PS) par une politique d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins et son implication dans le développement continu des compétences des professionnels.

Le référentiel de compétences²⁸ du DS le positionne comme un acteur clef de la démarche qualité partageant un certain nombre de missions communes avec le PCME²⁹. Tenant compte de la gouvernance des hôpitaux et des missions de chacun, son action s'inscrit dans le cadre d'une collaboration avec d'autres acteurs : le coordonnateur identifié de la qualité (si ce n'est pas lui), les chefs de pôles, l'encadrement.

²⁷ CLOAREC F., BRUANT C., novembre 2017, « La QVT une boussole pour orienter la réflexion », p 63.

²⁸ Cf annexe 3.

²⁹ Cf page 6.

Nous avons identifié différents leviers pour le directeur des soins afin de contribuer au développement d'une démarche qualité et gestion des risques partagée, donc, à l'acculturation des professionnels.

3.2 Promouvoir une politique de la culture juste

Plusieurs entreprises dont les activités sont classées à haut risque comme l'aviation civile ou SOCODEI (filiale EDF en charge du traitement des déchets radioactifs) ont adopté depuis longtemps cette approche positive et déculpabilisante des erreurs et incite à la déclaration des événements indésirables. Partant du principe que l'erreur est humaine et qu'elle est source de progrès, aucune erreur n'est sanctionnée si elle est révélée ; « *la non-transmission d'une erreur est même élevée au rang de faute* ³⁰ », donc sanctionnable. Le DS doit contribuer en tant que directeur à l'instauration d'une politique qualité et sécurité des soins, claire et innovante basée sur la culture positive de l'erreur comme terreau de l'amélioration des pratiques et par ricochet de la QVT. La HAS met à disposition des outils d'évaluation³¹, permettant aux établissements d'objectiver les éléments notamment de gouvernance, de management et le statut donné à l'erreur dans la démarche qualité institutionnelle.

Il est primordial de définir une charte d'engagement qualité, claire et explicite, une politique de la culture juste, équitable et comprise par tous. Elle permet de clarifier les conséquences pour le professionnel en cas d'erreur ou de faute. Cette culture favorise un climat de confiance indispensable à la déclaration des EI, et explicite les sanctions applicables en cas de faute.

Des règles qui devront être intégrées dans le projet d'établissement afin d'en consolider l'ancrage institutionnel. Il est souvent évoqué la notion d'exemplarité des chefs. Nous retenons l'idée que les directeurs doivent accepter de communiquer sur leurs erreurs et montrer en quoi elles ont été sources d'apprentissage. Ainsi, leurs actes seront en cohérence avec leurs paroles, ce qui va renforcer, voire donner sens à la démarche.

3.3 Le management : un levier de la culture qualité

3.3.1 De la démarche qualité à la culture qualité

La littérature nous propose plusieurs définitions de la démarche qualité. Nous retenons tout d'abord celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) car elle aborde toutes ses composantes : « *Aptitude des établissements de santé à dispenser, dans le respect de la sécurité sanitaire et de la satisfaction du patient, l'ensemble des prestations de soins que l'utilisateur est en droit d'attendre, compte tenu de l'état de la science médicale, et qui lui*

³⁰ MOREL C., *Les décisions absurdes II*, p 220.

³¹ Cf Annexe 4.

assureront le meilleur résultat en terme de santé, au meilleur coût pour la collectivité ». Elle introduit la notion d'une démarche active qui engage l'institution à tout mettre en œuvre pour réaliser les meilleurs soins possibles afin de répondre aux attentes des usagers dans un objectif de qualité et de sécurité des soins, mais également dans un souci de performance et d'efficacité des organisations.

Dans son guide pour la mise en œuvre d'une démarche qualité, la HAS explique que *« c'est par cette démarche transversale qui conduit au décloisonnement que l'essentiel des gains actuels en terme de qualité est acquis en augmentant l'efficacité collective »*³². Elle introduit la notion du collectif dans la démarche qualité. En effet, si les principes de la démarche qualité sont clairement définis³³, il est de plus en plus question dans le champ lexical de la culture sécurité. *« La culture de sécurité des soins désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins »*³⁴.

Le concept de la culture sécurité témoigne de valeurs partagées entre des individus qui cimentent un collectif et met le professionnel au centre du dispositif. On parle alors de management par la qualité qui va permettre l'appropriation de la démarche qualité par tous les professionnels et contribuer à leur implication. Le management par la qualité développe la culture qualité au niveau institutionnel en mettant au quotidien, la qualité au centre des pratiques des professionnels.

3.3.2 Le management au bénéfice de l'amélioration continue des pratiques

La norme ISO 9004-2015 permet de définir les principes managériaux à développer au sein des organisations pour améliorer en continu leur performance. Ils sont parfaitement adaptés au management dans les établissements de soins :

- être à l'écoute des clients : tout doit être mis en œuvre pour comprendre les attentes des clients, et évaluer leur satisfaction afin de détecter au plus tôt les points forts ou les écarts ;
- le leadership : nécessité de définir par la gouvernance les orientations précises de l'organisme. Il est nécessaire de créer toutes les conditions pour que les employés se sentent impliquer dans la réalisation des objectifs. Il est impératif de créer des valeurs partagées par tous afin de remplacer les craintes par une relation de confiance ;

³² ANAES, *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, p 17.

³³ Cf Annexe 5.

³⁴ CCECQA, *Mesure de la culture de sécurité des soins en milieu hospitalier*, p 1.

- l'implication du personnel : leur implication à tous les niveaux permet de mettre à profit leurs compétences au bénéfice de l'organisation, d'où l'importance de faire régulièrement des bilans de compétences afin d'adapter les plans de formation aux besoins. Le personnel doit comprendre et connaître sa place centrale dans la performance de l'entreprise, chaque professionnel sera ainsi plus enclin à partager ses compétences et ses expériences avec les autres professionnels ;
- l'approche par processus : il s'agit d'identifier clairement les processus donc l'ensemble des activités nécessaires pour arriver au résultat escompté. La cartographie des processus permet de les évaluer et d'en mesurer les écarts pour réajuster le cas échéant ;
- le management par l'approche système : structurer les objectifs, documenter les actions concourant à l'efficacité et à la performance des organisations. Identifier les zones d'interdépendance pour en limiter les points de rupture;
- l'amélioration continue : passe par la mise en œuvre d'une analyse cyclique du système avec des audits internes et externes, les résultats peuvent faire l'objet de revue entre les professionnels afin de proposer des axes d'amélioration et les faire connaître de tous ;
- l'approche factuelle pour la prise de décision : les décisions sont prises à partir d'éléments factuels, tangibles. Les modalités de prises de décision sont connues de tous ;
- des relations mutuelles avec les fournisseurs : importance de comprendre les intérêts des partenaires, de définir clairement les obligations mutuelles et d'en évaluer les performances. Une telle approche apaise les relations, diminue les temps de réactions et impacte positivement les coûts.

La norme ISO 9004, actualisée en avril 2018, conserve ces mêmes principes en insistant sur l'aspect de la gouvernance stratégique de la qualité afin d'améliorer la performance et l'efficacité des organisations : une dynamique volontariste du sommet de la hiérarchie à la base. La culture de l'erreur apprenante, pilier de la sécurité des soins ne peut se développer sans un climat de confiance entre les professionnels et la direction, entre les professionnels et les cadres si nous le ramenons au niveau des pôles et des services.

3.3.3 Le management bienveillant

Dans notre approche managériale nous gardons comme principe celui d'un management bienveillant qui doit favoriser un climat de confiance permettant aux professionnels de parler de la réalité du travail pour avoir la possibilité de réajuster les pratiques et monter ainsi en compétences. « *La demande de confiance dans des professionnels compétents*

ne peut être satisfaite que si le management de l'entreprise est lui-même un management fondé sur des relations de confiance³⁵ ».

Le management bientraitant *« situe les intentions des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable³⁶ »*. Ce type de management permet aux cadres de rester en contact avec la réalité des professionnels, de ce qu'ils vivent sur le terrain et de se positionner comme une personne ressource pour les aider à s'impliquer dans un processus continu d'amélioration de leurs pratiques par un questionnement permanent.

Cela contribue à une forte adhésion des professionnels dans l'action et contribue au développement d'une culture qualité institutionnelle.

Le DS peut s'appuyer sur l'encadrement pour faire remonter *« ce qu'il observe, ce qu'il analyse et propose comme solutions pour améliorer à la fois la qualité des soins et les conditions de travail »*.³⁷ Pour le DS, l'accompagnement de cette posture positive des cadres est un levier managérial au bénéfice de la qualité du travail et de la qualité de vie au travail.

3.4 Le management : un levier de la QVT

3.4.1 Qualité du travail et qualité de vie au travail

La qualité du travail *« c'est certainement un des facteurs essentiels de la motivation, pouvoir être fier de son travail, être reconnu pour un travail bien fait, agir en pouvant respecter les valeurs professionnelles du métier »*³⁸. Le personnel soignant exprime souvent une incompréhension entre, le discours affiché par les tutelles d'une volonté d'humanisation des soins, et, des moyens dédiés de plus en plus réduits ; ce qui occasionne une perte de sens. Les valeurs donnent sens au travail, c'est le rôle du cadre que de rappeler aux agents les valeurs partagées qui sous-tendent leur travail du soin. Les managers ont un rôle essentiel dans cette reconquête du sens, faute de quoi on constate un désengagement du personnel, une baisse du présentisme, un turn-over important des professionnels donc une perte en compétences et *in fine* une perte d'efficience pour les établissements avec des coûts de dépenses en personnel qui augmentent.

*« Pour que les employés mettent en œuvre leurs compétences, il faut qu'ils aient envie, qu'ils partagent des enjeux collectifs, qu'ils soient reconnus et valorisés dans la contribution qu'ils apportent. Cela signifie que la satisfaction du client dépend de la satisfaction du personnel »*³⁹. Guy Le Boterf nous permet ici de faire les liens entre la

³⁵ LE BOTERF G., *Développer et mettre en œuvre la compétence*, p 22.

³⁶ CHOQUE S., *Le management par la bienveillance*, p 29.

³⁷ CHOQUE S., *Le management par la bienveillance*, p 11.

³⁸ LE BOTERF G., *op cit.*, p186.

³⁹ LE BOTERF G., *Construire les compétences individuelles et collectives*, p 30.

qualité du travail, la QVT et le management garant de la mise en œuvre des conditions pour que les professionnels puissent parler de leur travail.

Il est de la responsabilité du DS, d'amener l'encadrement à appréhender la QVT comme *« un compromis équilibré entre logique technique, gestionnaire, organisationnelle, sociale qui se construit avant tout à travers une mise en débat de la réalité du travail dans toutes ses dimensions : organisation, contenu, conditions et résultats »*.⁴⁰

3.4.2 Favoriser l'expression des professionnels

Les professionnels ont besoin de parler ensemble de leur travail, discuter entre eux des dysfonctionnements quotidiens. Ce qui permet de renforcer les compétences collectives. Le management d'aujourd'hui passe par la *« nécessité d'utiliser des méthodes inductives et des outils participatifs favorisant l'expression des agents sur leur travail réel, pour mettre en place des démarches de prévention efficaces »*⁴¹. Pour ce faire, les cadres doivent développer des temps où les professionnels pourront parler du travail en équipe pluriprofessionnelle, favoriser les discussions autour du travail pour améliorer les pratiques individuelles et collectives au service de la qualité du travail et de la QVT. Les retours d'expériences sont indispensables à la sécurité des procédures, des organisations.

Mettre en place des temps où les professionnels vont pouvoir partager leurs expériences, leurs difficultés, parler de la réalité de leur travail, n'est pas si simple. Le temps est de plus en plus compté, les plannings sont de plus en plus serrés. Ce n'est donc pas un allant de soi, dont la seule volonté suffirait pour enclencher la dynamique, *« c'est un principe qui demande que les responsables au sommet de l'organisation s'engagent fortement et y consacrent temps et ressources »*⁴².

Le management doit favoriser la construction de savoirs collectifs et *« les réunions de retour d'expérience, les revues de projet, la participation aux travaux de capitalisation vont dans ce sens. Cette production devient de plus en plus collective : il faut coopérer à la production de savoirs pour que des leçons utiles puissent être tirées de l'expérience »*⁴³.

Développer la culture du partage, de la confrontation des pratiques pour en améliorer la qualité et favoriser le bien-être des professionnels *« est un sujet qui doit finalement faire partie du cœur de la culture d'entreprise »*⁴⁴. Cela suppose pour les managers (du top management au management opérationnel), *« d'accepter la dispute professionnelle pour comprendre le travail de chacun et construire de nouveaux espaces professionnels »*⁴⁵.

⁴⁰ ANACT, *Agir sur la QVT*, éditions Eyrolles, p16.

⁴¹ Masse M., in *Techniques hospitalières*, n° 767, p 13.

⁴² MOREL C., *Les décisions absurdes II*, p 288.

⁴³ LE BOTERF G., *Construire les compétences individuelles et collectives*, p 36.

⁴⁴ *Ib id.*, p39.

⁴⁵ Robin-Sanchez N., *« Pour la QVT, osons la confiance »*, Revue Hospitalière de France, p 29.

La dimension managériale doit se développer dans la transversalité dans une approche horizontale décloisonnée si l'on veut qu'elle reste en phase avec les organisations des soins et donc la réalité du travail des agents. En effet, dans nos organisations pluri professionnelles, la compétence individuelle ne suffit pas « *pour affronter la complexité de situations, pour innover, pour faire face à des situations inédites, il lui faut recourir non seulement aux ressources du professionnalisme d'autres professionnels mais aussi savoir, pouvoir et vouloir coopérer avec eux*⁴⁶ ».

Le management comme levier au bénéfice de la QVT, par la culture de l'erreur apprenante repose sur la politique managériale mise en œuvre par le DS.

3.5 Le projet de soins : un outil stratégique pour le DS

Le DS est responsable de la rédaction et de la mise en œuvre du projet de soins (PS). Il va pouvoir définir la stratégie suivie et sa déclinaison opérationnelle afin de contribuer au développement d'une culture de la qualité contribuant ainsi à la QVT des agents.

Dans les objectifs retenus, il conviendra de favoriser la culture de l'analyse réflexive autour des pratiques managériales et permettre aux managers de se questionner collectivement sur leur management. Cela favorise la cohésion d'équipe d'encadrement, instille « *la culture du feed-back et de l'amélioration* » des organisations à travers la culture positive de l'erreur, le partage des expériences. Une approche qu'ils pourront à leur tour mettre en place au sein de leurs unités au plus près des agents.

Favoriser une approche des pratiques transversales, entre collègues, c'est contribuer à donner une place aux professionnels dans les services pour trouver des solutions pour améliorer les organisations, diminuer les erreurs et ainsi améliorer la qualité. « *L'excès des procédures nuit à la qualité. Lorsque le procédurier l'emporte sur le procédural, les initiatives ne se prennent plus et les besoins spécifiques des clients passent à la trappe des réponses standardisées*⁴⁷ ». À travers les axes du projet de soins, le DS doit contribuer à placer les professionnels au centre du dispositif de la démarche qualité dans une approche horizontale et non verticale dont sa seule finalité serait de produire des procédures que les professionnels se doivent d'appliquer. La culture qualité ne pourra pas se faire sans favoriser le questionnement en équipe autour des EI, une analyse pluri professionnelle, pluri disciplinaire au plus près du terrain.

Il est aussi de la compétence du DS de s'assurer de la coordination et de la montée en compétences des professionnels. Cela passe notamment par sa contribution au plan de formation. Il doit faire le lien avec le directeur des ressources humaines (DRH) afin qu'un focus soit annuellement fait sur les formations autour de la qualité. Plus il y a aura

⁴⁶ Robin-Sanchez N., « Pour la QVT, osons la confiance », Revue Hospitalière de France, p 23

⁴⁷ LE BOTERF G., *Construire des compétences individuelles et collectives*, p19.

d'agents formés à la qualité, plus il sera facile de s'appuyer sur eux comme relais dans les pôles et les services et plus la culture qualité se développera au niveau institutionnel. Le DS va également pouvoir s'appuyer sur la CSIRMT qu'il préside et qui doit être consultée sur la politique qualité mise en œuvre⁴⁸. Le DS pourra se saisir de cette instance pour communiquer sur la qualité : rendre lisible les actions, impliquer les professionnels dans des groupes de travail transversaux. Le développement d'une culture qualité institutionnelle où chaque professionnel se sent impliqué dans la démarche passe par une communication claire de la part du top management.

Nous retenons de cette partie que la culture qualité et la culture positive de l'erreur ne sont pas innées. La culture de l'erreur apprenante ne peut se développer sans un management qui permet aux professionnels d'évoluer dans un climat social apaisé et dans une relation de confiance avec leur hiérarchie, leviers de bien-être au travail, de motivations donc de QVT.

Utiliser la culture positive de l'erreur comme levier managérial permet au DS d'installer un cercle vertueux que nous schématisons ci-dessous.

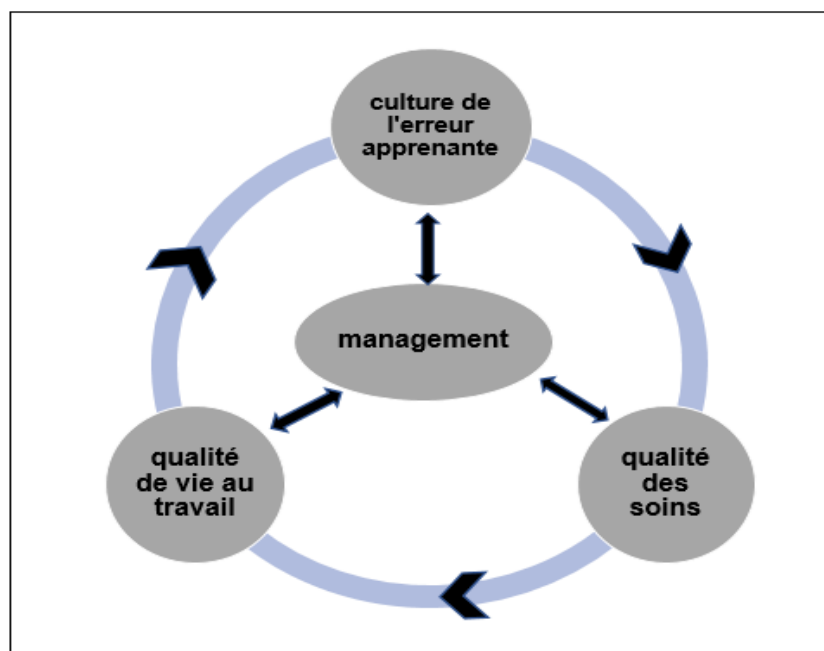


Schéma 1 : Le cercle vertueux de l'erreur apprenante au bénéfice de la QVT

⁴⁸ Cf p 6.

Partie II : L'enquête de terrain

1 La méthodologie

Afin de confronter les éléments de réflexion à des données du terrain nous avons mené une enquête de terrain sur plusieurs mois.

1.1 Le choix de l'outil

Nous avons souhaité récupérer les avis, les ressentis, le niveau d'expérience ou de connaissances des professionnels du terrain. L'intérêt étant de nous permettre de comprendre les conceptions et les représentations des professionnels. Pour ce faire nous avons choisi une enquête qualitative réalisée à partir d'un support unique d'entretien semi-directif⁴⁹. Il a été organisé en groupes de questions autour des trois axes étudiés :

- la place de l'erreur
- les liens entre management, la démarche qualité et la QVT
- les représentations sur la QVT

Lors des entretiens, les questions ont été adaptées, d'une part au professionnel selon sa fonction et d'autre part, aux échanges et aux réponses données par notre interlocuteur. La confidentialité a été respectée à toutes les étapes de l'enquête : les conversations ont été enregistrées avec l'accord des interviewés, retranscrites immédiatement après et les enregistrements effacés.

1.2 Les terrains d'enquête

Nous avons choisi deux terrains d'enquête distincts dans deux régions différentes :

- un Centre Hospitalier Universitaire (EA) d'une capacité de 2589 lits et places répartis sur 3 sites. Son offre de soins est organisée en 13 pôles hospitalo-universitaires qui proposent tous les types d'activités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, de psychiatrie et de soins de suite et réadaptation. Il emploie 10840 professionnels dont 7745 professionnels de santé (dont 54% sont des paramédicaux). L'équipe de la direction des soins est constituée d'un directeur coordonnateur général des soins (DCGS) et de deux DS chacun centré sur des missions transversales sur l'établissement.

⁴⁹ Cf Annexe 6.

- un Centre Hospitalier de proximité (EB) d'une capacité de 320 lits et places regroupés sur un seul site. L'offre de soins se décline en 3 pôles d'activités de soins et 1 pôle administratif. Il emploie 547 professionnels de santé dont 90% de paramédicaux. La direction des soins est représentée par le DCGS qui assure également les missions de directeur de la clientèle et relation avec les usagers, de directeur de la qualité ainsi que directeur de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) rattaché à l'établissement.

Nous avons fait le choix de deux établissements de taille très différente, afin de mesurer si cet indicateur (la taille) avait un impact ou non sur l'approche de la culture positive de l'erreur dans la démarche qualité développée.

1.3 L'échantillon

Nous avons délibérément fait le choix de retenir un périmètre restreint de professionnels, celui des managers directement impliqués dans les démarches qualité et gestion des risques : de la stratégie à l'opérationnalité. Il s'agit pour nous de reconstruire l'univers professionnel qui sera notre environnement futur en sollicitant les professionnels qui caractérisent nos principaux collaborateurs de demain : le PCME, le directeur de la qualité et la gestion des risques (DQGR), des cadres supérieurs de santé (CSDS) responsables de pôles d'activité de soins, et des cadres de santé (CDS).

Il s'agit de percevoir le niveau d'appropriation des différents concepts mobilisés, et également de percevoir comment les politiques décidées au niveau de la direction sont appropriées ou pas par les managers au plus près du terrain.

Fonction	CHU (EA)	CH (EB)
DCGS	1	1
PCME	1	1
DQGR	1	/
CSDS	2	3
CDS	2	2
TOTAL	7	7

TABLEAU 1 : répartition des enquêtés

Au total, nous avons mené 14 entretiens pour un total de plus de 11 heures d'interviews. Les entretiens se sont déroulés en présentiel dans le bureau des interviewés ou par téléphone en fonction de leur disponibilité.

1.4 Limites et points forts

Nous avons fait le choix d'une analyse qualitative à partir d'entretiens semi directifs. Nous avons identifié plusieurs limites à ce travail :

- le nombre restreint d'entretiens qui ne permet pas d'obtenir une représentativité suffisante pour généraliser les résultats ;
- le nombre d'établissements (support d'enquête) qui ne peut pas témoigner des organisations, des process, des politiques qualités et gestion des risques développées dans l'ensemble des 1363 établissements publics de santé en France⁵⁰ tout secteur de soins confondu ;
- le profil des enquêtés : en effet, nous regrettons de ne pas avoir pu mener, malgré plusieurs relances, les entretiens des deux directeurs des établissements comme initialement prévu.

Pour autant, l'objectif de ce mémoire professionnel est bien de nous permettre de recueillir des éléments permettant de renforcer notre réflexion autour de la thématique choisie. En ce sens, l'enquête réalisée et la qualité des réponses ont permis de renforcer les pistes de réflexions choisies dans le cadre de ce travail. Tous les entretiens réalisés, la richesse des échanges sont pris en compte tels des témoignages de professionnels qui parlent en tout franchise de leur réalité professionnelle, évoquant leurs limites tout aussi bien que leurs points forts. Les éléments recueillis, sont pour nous une richesse qui traduit une réalité de terrain qui nous guide et favorise notre réflexion pour notre futur professionnel.

2 L'analyse des données

Les entretiens des professionnels ont été analysés en regroupant les éléments autour des trois axes de notre travail : la place de l'erreur (organisation et gestion des FEI), le management et la QVT.

Il s'agit donc d'une analyse croisée des données par thématique. Il ne nous a pas paru pertinent de réaliser une analyse des données par catégorie professionnelle au vu du nombre restreint des représentants de chaque catégorie.

2.1 Une démarche qualité structurée dont les éléments restent à clarifier

2.1.1 L'erreur et la faute : deux termes, plusieurs définitions

Alors que 92% des professionnels rencontrés différencient la notion de faute et celle d'erreur, pour le PCME de EA « *la faute ou l'erreur c'est la même chose. Quand on s'est*

⁵⁰ Les établissements de santé/édition 2018, Panoramas de la DREES santé, page 10 ; http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es_2018_v4_web.pdf

trompé on s'est trompé et c'est quelque chose que l'on ne voulait pas voir arriver. Quand on vient au travail on ne veut pas se tromper. Personne ne veut commettre une erreur ».

Dans cette affirmation, le PCME sans faire de distinction entre les deux notions, renvoie malgré tout, comme tous les autres professionnels à une notion d'intentionnalité ou non dans l'action. Comme nous le dit un des cadres de santé de EA « *il y a une différence essentielle : l'erreur est involontaire alors que la faute est intentionnelle* ».

Un CSDS de EB va plus loin et précise que « *dans la faute il y a un caractère intentionnel, c'est peut-être plus lié au non-respect de la réglementation* ». Pour tous les professionnels, l'indicateur qui permet d'identifier le caractère intentionnel est comme le dit un CSDS de EA le fait que « *la faute est plus sur le caractère réglementaire, une faute va à l'encontre de la loi, alors que l'erreur concerne tous les domaines, la faute c'est essentiellement par rapport à un aspect réglementaire ou moral, ou le code de déontologie, aux règles fixées* ». Une des DCGS (EB) fait référence également au non-respect de la réglementation pour déterminer l'intentionnalité de l'agent et rajoute « *c'est l'exemple du glissement de tâches, on sait que l'on ne doit pas le faire mais on le fait quand même et on se trompe* ». La faute serait donc imputable à l'agent alors que « *l'erreur est liée au contexte, elle est indépendante des compétences de la personne* » comme nous le précise un CSDS de EA.

Le critère de gravité n'est pas un facteur déterminant pour distinguer l'erreur de la faute. Ce critère, ne fait pas du tout consensus, il y a des divergences importantes entre les interviewés. En effet, trois d'entre eux (20 %) considèrent que « *la faute c'est moins grave qu'une erreur, tout le monde peut faire une faute dans une organisation sans qu'il y ai un réel impact, cela peut être une faute dans un planning, une erreur ça peut être grave* » comme le dit une CDS de EB, huit d'entre eux (60%) pensent qu'au contraire « *la faute est beaucoup plus grave, car il y a une intention de nuire, alors que l'erreur ça peut arriver à tout le monde* » comme l'exprime une CSDS de EA, et le dernier groupe de trois témoignages (20 %) est plutôt dans l'idée qu' « *une faute ou une erreur en gravité ça peut être majeur ou mineur* » comme le dit un CDS de EA.

En résumé

Après avoir invité les professionnels à définir ces deux termes, nous constatons que, comme nous le dit un CSDS de EA, « *en fait je ne me suis jamais posé la question* ». Deux termes très usités, dont le sens à première vue serait comme un allant de soi « *c'est simple il n'y a qu'à regarder le dictionnaire* » nous dit le PCME de EB. Pour autant, l'analyse des réponses fait apparaître des différences. Quel que soit la définition donnée à l'erreur et la faute, c'est le caractère d'intentionnalité derrière l'action qui est retenu pour les distinguer.

La faute considérée comme un écart avec le règlementaire doit être « *jugée par un juge ou par ses pairs* » nous dit un CSDS de EB. La faute est donc un manquement auquel on doit répondre en dehors de l'institution, comme nous le précise un CDS de EA « *quand on fait une faute, que l'on fait quelque chose qu'on n'a pas le droit de faire, il faut en répondre devant la justice. Quand on se trompe, c'est plutôt en interne que cela se traite* ».

2.1.2 Un seuil d'acceptabilité des erreurs qui fait consensus

« *Le postulat de base, est que l'erreur n'est pas acceptable. On ne doit pas l'accepter, même si on sait que le risque zéro n'existe pas* » nous dit un CSDS de EB. Mais dans le même temps 92% retiennent que « *c'est le comportement du soignant qui détermine le seuil. Par exemple, s'il ne se remet pas en question ou s'il trouve toujours des excuses, pour dire que ce n'est pas de sa faute, c'est inacceptable* » nous dit un CDS de EB.

Le comportement de l'agent face à une erreur est l'élément déterminant pour savoir comment sera traité l'évènement indésirable. Il permet d'identifier à quel moment on parle plutôt d'insuffisance professionnelle ou de problème dans la manière de servir, sanctionnable. La notion de répétition est fondamentale pour les managers dans la détermination des suites à donner : « *l'agent fait une erreur, on l'analyse, après cela demande de sa part une vigilance accrue, cela veut dire que l'agent met quelque chose en place personnellement pour ne pas reproduire l'erreur. Après si ça se reproduit, à un moment il faut dire stop* » nous dit un CSDS de EA. La DCGS de EA nous précise également le lien inextricable entre erreur et comportement de l'agent : « *quand il y a plusieurs épisodes sans remise en question, ce n'est plus acceptable. Pour moi c'est un rapport avec demande de suspension de l'agent. Le comportement va conditionner la prise en charge par le manager et doit le questionner sur les mesures à prendre* ».

En résumé

Le comportement de l'agent est un facteur déterminant. Celui qui est dans la répétition des mêmes erreurs, qui ne fait pas preuve d'honnêteté (par non déclaration), ou de remise en question de ses pratiques détermine le seuil de bascule entre l'erreur et la faute.

2.1.3 Une erreur ou une faute contextualisée

Pour l'ensemble des professionnels rencontrés l'erreur est contextuelle, indépendante de l'agent qui la commet, « *la faute est imputable à l'agent, l'erreur est plus imputable au système, à nos organisations* » comme le précise un CSDS de EA. Un autre CSDS de EA nous dit que « *l'erreur est liée au contexte quotidien, elle est impliquée dans toutes les actions quotidiennes où les erreurs peuvent en permanence arriver très vite* ».

Pour tous les managers rencontrés, qu'ils interviennent à un niveau politique et/ou stratégique comme les directeurs (DCGS, DS, DQGR) et les PCME, ou, à un niveau opérationnel (CSDS et CDS), le contexte serait donc un élément favorisant les erreurs, « *c'est toujours dans un contexte particulier* » nous dit la DCGS de EA. Si cette idée semble faire consensus, nous notons des différences dans les éléments du contexte retenus.

Pour les cadres de santé, l'erreur est la résultante de conditions de travail difficiles, ils font plutôt référence à « *une surcharge de travail, l'erreur est liée à tout ce que l'on demande à nos paramédicaux de faire en même temps* », comme en témoigne un CDS de EA. Les managers stratégiques présentent l'erreur dans une approche systémique, comme la « *conséquence de dysfonctionnements qui sont arrivés avant* » dit le coordonnateur qualité de EA. La DCGS de EB va dans le même sens et nous dit que « *l'erreur c'est une succession d'évènements ; quand on analyse, que l'on rétropedale, on se rend compte que c'est une succession de petites choses qui font que c'est arrivé, et qu'il y a des verrous qui n'ont pas fonctionnés et cela peut amener à une situation délicate* ». L'erreur est ici la résultante de plusieurs évènements qui se sont succédés sans qu'ils soient pris en compte.

En résumé

Si l'erreur est contextuelle et non imputable à l'agent, elle doit être prise en compte « *comme une alerte, soumise au contexte dont il faut analyser les causes profondes pour éviter que cela se reproduise ailleurs* » dit la DCGS de EA.

Le directeur de la qualité de EA nous permet de résumer les différents propos des interviewés sans toutefois préciser qui en est le juge : « *la faute est gérée par une réflexion de sanctions justes ; et l'erreur, la seule chose à faire c'est d'analyser le pourquoi, trouver les causes profondes, pour déculpabiliser l'individu* ».

2.1.4 La culture positive de l'erreur : utopie pour un établissement de soins ?

Tous les professionnels témoignent du fait que l'erreur est inévitable, « *l'erreur n'est pas acceptable, mais elle est inévitable donc il faut tout faire pour les gérer et les prévenir* » dit le DQGR de EA. Nous avons précédemment vu qu'il est attendu du professionnel qu'il apprenne de ses erreurs, pour, se remettre en question, éviter de les reproduire et ainsi améliorer ses pratiques.

Les professionnels partagent le principe de l'inévitabilité de l'erreur et de la nécessité d'en tirer des enseignements pour éviter qu'elle ne se reproduise : ce sont deux éléments sur lesquels se fondent la culture positive de l'erreur que nous avons évoquée dans la première partie de ce mémoire⁵¹.

⁵¹ Cf partie 1.3 « *Les erreurs ou les fautes : quelle place dans une démarche qualité ?* » pp 10-12

Pourtant, il est ici un paradoxe que nous avons constaté, car dès lors que le sujet est abordé de façon explicite dans l'entretien, les réactions peuvent diverger et des freins à l'appropriation de la culture de l'erreur apprenante apparaissent.

Le concept de la culture positive de l'erreur reste difficile à appréhender pour les CDS : *« Je ne suis pas sûre que cela soit réellement possible à l'hôpital. C'est quand même difficile, on dit qu'il faut apprendre de ces erreurs, c'est vrai, mais il ne faut pas laisser croire que rien n'a d'importance, quand on fait des erreurs cela n'est jamais anodin. Donc je ne vois pas trop comment cela est possible dans les soins »* dit un des CDS de EB. Deux autres managers partagent la crainte que cela soit perçu comme du laxisme, *« ça ne doit pas laisser croire que c'est un permis pour se tromper »* nous dit la DCGS de EB. Et un cadre de EB de rajouter : *« C'est tout sauf banaliser l'évènement »*.

Le PCME de EA, qui reconnaît ne pas connaître ce concept, exprime être heurté par la sémantique utilisée, car *« une erreur ne peut pas être positive. Il n'y a jamais rien de positif pour le soignant quand il s'est trompé »*. Dans ses propos, nous notons la confusion entre l'erreur elle-même et le traitement qui peut en être fait si on la considère (ou pas) comme source d'apprentissage pour éviter qu'elle ne se reproduise.

Le PCME de EB rejoint en partie l'approche de son pair. Il estime *« que parler de culture positive de l'erreur c'est une utopie pour un hôpital, et que ce qu'il faut faire c'est tout mettre en place pour éviter qu'elles arrivent »*. Il propose un plan d'action divisé *« en trois niveaux de prévention :*

- *primaire : éviter que cela n'arrive (correspondant aux procédures à respecter) ;*
- *secondaire : réagir vite quand cela est arrivé (les traitements médicamenteux pour limiter les impacts pour le patient) ;*
- *tertiaire : accompagner le soignant quand cela est arrivé (dispositif d'écoute). »*

Nous constatons dans cette proposition, qu'à aucun moment il n'est envisagé la possibilité de partir des erreurs réalisées pour en tirer un quelconque enseignement. L'erreur n'est pas envisagée comme un élément contributif à l'amélioration des pratiques des soins, donc de la qualité du travail.

A l'inverse, la DCGS de EB considère que le développement de ce concept est tout à fait possible dans un établissement de soins, mais que cela nécessite du temps *« je pense que cela est réaliste, je ne dis pas que l'on va y arriver tout de suite, ce n'est pas une évolution à laquelle on réfléchit, on n'y est pas encore. Mais je pense que c'est une réalité, les anglais font cela très bien, alors pourquoi pas nous ? »*.

Un CSDS de EB témoigne d'une évolution positive chez les professionnels de santé : *« j'ai connu une époque quand une erreur était faite on avait tendance à le régler dans le service, à la camoufler, ça restait entre nous, on n'en parlait pas. Pour moi c'est un mode*

de fonctionnement qui ne doit plus se voir. Au contraire, il faut apprendre de ses erreurs, on doit le développer même pour les autres services pour éviter que cela recommence. Il faut réfléchir en équipe, ça va permettre de réajuster nos pratiques, nos fonctionnements. C'est plutôt positif ». Il introduit dans ses propos l'idée du collectif et donc de l'approche des organisations apprenantes contribuant à une culture institutionnelle.

La DCGS de EA évoque aussi la question de la temporalité et va plus loin. Elle présente la culture positive de l'erreur comme un levier pour l'acculturation des professionnels à la démarche qualité. *« C'est un concept pratique, plus on parlera de ce qui s'est passé, plus on échange sur le terrain sur les pratiques, plus on va diminuer le nombre d'erreurs, et en tous les cas leur approche sera différente [...] si la qualité on la fait bien, après on la fait sans le savoir. Une vraie culture qualité au quotidien ».*

Dans cette notion de culture partagée, un CDS rattache la possibilité de développer une culture positive de l'erreur au positionnement des membres de la direction : *« ce n'est pas une utopie, c'est une philosophie, une approche qui doit être impulsée par les directeurs ».* Ce que confirme la DCGS de EA *« cela fait partie des missions d'un directeur des soins, il doit le structurer, mais pour mettre en place la culture positive de l'erreur, il faut se poser, y réfléchir pour aller plus loin que le traitement habituel des FEI ».*

En résumé

Nous constatons un positionnement paradoxal des interviewés. Tous attendent que les agents apprennent de leurs erreurs et en même temps, ils ont du mal à faire le lien avec le concept de la culture de l'erreur apprenante. Ce qui témoigne d'une mauvaise appropriation de celui-ci avec différents freins identifiés :

- une crainte exprimée que cela soit considéré comme du laxisme de la part des managers ;
- une nécessité que cela soit une politique impulsée de la direction ;
- le manque de temps dans un contexte où la pression économique est forte.

2.1.5 Les déclarations des évènements

100 % des témoignages converge sur le fait que les fiches d'évènements indésirables (FEI) sont un élément incontournable de toute démarche qualité. La procédure de déclaration est structurée sur les deux établissements avec un support différent : informatique pour EA et papier pour EB. La procédure permet à tous les agents de déclarer et selon les interviewés, ils en connaissent tous les modalités.

2.1.5.1 Le taux et le type de déclarations

Tous les témoignages font part du constat de sous déclaration, comme le dit le DQGR de EA : *« je pense que l'on est en largement en dessous de la réalité, c'est clair. Mais je ne*

pense pas qu'il y ait un seul établissement qui soit dans la déclaration exhaustive et complète ».

Concernant le type d'évènements déclarés, la DCGS de EA pense que *« les agents déclarent de plus en plus sur des choses qui représentent des contraintes, comme les sous effectifs, le surnombre de patient »*, et très peu sur leurs propres pratiques *« c'est encore la déclaration par rapport à ce qu'a fait l'autre. On ne déclare pas la bêtise que l'on a faite »*. Idée partagée avec la DCGS de EB. Les déclarations servent d'exutoire pour exprimer les plaintes en lien avec les conditions de travail.

Pour autant, la nature des déclarations semble évoluer favorablement comme en témoigne un CSDS de EA : *« avant on avait tendance à ne déclarer que ce qui n'allait pas au niveau de la logistique ou des repas, les agents déclaraient peu au niveau des soins. C'était tabou, ce n'est pas facile. Maintenant au niveau des soins, quand il y a une erreur, on essaye de le signaler pour éviter qu'une autre collègue se fasse piéger par cette erreur. On n'est plus dans une culture du jugement »*. Ceci va dans le sens d'une ébauche d'acculturation des professionnels.

2.1.5.2 Des freins et des leviers à l'acculturation qualité

Nous retrouvons dans les propos recueillis, la crainte des professionnels comme un premier frein identifié : *« on est pas mal au niveau du taux de déclaration. Le personnel se sent plutôt libre de s'exprimer sans crainte »* nous dit la DCGS de EB.

Tous s'accordent pour dire que le premier levier pour des déclarations des professionnels restent la certitude *« que l'on n'est pas dans le jugement, que cela peut arriver à tout le monde, et que déclarer une erreur ça servira pour les autres »* dit un CSDS de EA.

La sous déclaration, constatée dans les deux établissements, est reliée à la crainte d'une sanction alors même que dans les deux établissements une charte de non punition a été rédigée. Elle semble un incontournable de la démarche qualité mais sa finalité, son utilité ne semble pas claire pour les professionnels du terrain même lorsque sa diffusion a été réalisée : *« elle est affichée, ils ont fait une sorte de pub, il y a eu une lettre d'information envoyée à tout le personnel avec un lien sur le site internet, mais ça reste très bref. Ils l'ont faite parce que la HAS a dit que c'était bien. Je pense qu'il faut que le personnel soit impliqué quand ils mettent en place des choses comme cela »* exprime un CSDS de E B.

Selon les témoignages, la charte de non punition, dont les professionnels ne savent pas forcément par qui elle a été rédigée, est faite uniquement pour répondre à des obligations réglementaires. Elle est répertoriée dans la gestion documentaire de l'établissement, parfois affichée mais peu ou pas accompagnée sur le terrain.

Concernant le traitement des FEI la finalité du système n'est pas toujours claire pour les professionnels. Comme le dit une CSDS de EA *« l'exploitation des feuilles étaient critiquables car cela n'aboutissait qu'à la production de procédures. Il y en avait trop et les*

agents ne pouvaient pas les connaître ». Argument également cité par la DCGS de EA. Pour l'ensemble des cadres rencontrés, les procédures sont utiles mais ne doivent pas être une fin en soi et ne témoignent pas d'une réelle culture de la qualité. « *Il y a plein de procédures, plein d'EPP, plein de trucs comme cela, mais l'acculturation de la démarche qualité est pour moi proche du zéro. Car quand on touche réellement au fond des problèmes, aux choses qui fâchent qui peuvent être en lien avec des questions sur les prises en charge il n'y a plus personne* » nous explique la DCGS de EA. La méconnaissance de l'intérêt du système de déclaration peut être un frein pour les professionnels.

L'axe de la communication a aussi largement été abordé par les interviewés comme un élément majeur de la culture qualité. L'importance du retour fait au déclarant et mis en avant, comme exprimé par une CSDS de EB, « *maintenant, le déclarant a systématiquement un retour individuel de sa déclaration, il sait où on en est de l'analyse, il sait ce que l'on a fait de sa déclaration. C'est hyper important. Avant ils nous faisaient remonter que ça n'avancait pas qu'ils n'avaient pas de retour* ». Sans le retour au professionnel, il n'y a pas de dynamique de déclaration. Par contre, nous constatons que les erreurs sont peu ou pas partagées au sein des établissements. L'ensemble des professionnels de EB ont mis en avant l'importance d'un partage des informations entre les services, mais au final ils comptent tous sur le fait que l'établissement soit petit pour que l'information diffuse entre professionnels. Tous ont tenu des propos du type : « *tout se sait ici...* », « *c'est tellement petit ici que tout le monde est au courant* » ou encore « *on ne partage pas réellement, mais c'est petit donc tout le monde est au courant quand on fait une enquête. Ils en parlent même si ce n'est pas formalisé* ». Leur responsabilité dans la diffusion des actions semble oubliée. Le principe de la communication autour des erreurs est revendiqué mais pas forcément mis en place. Il en est de même au niveau de l'établissement A où la politique de communication autour de la qualité ne semble pas claire y compris pour la DCGS qui dit « *quand je suis arrivée ici, je me suis dit, elle est où la qualité ? on ne voit pas concrètement ce que cela donne. Il y a une politique EPP⁵² très développée mais pour moi ce n'est pas partagé* ». Un CSDS de EA nous dit également que « *ça ne redescend pas sur le terrain. Ça reste dans le service concerné. Il n'y a pas de réunion organisée avec l'encadrement pour en discuter. Il y a des chiffres dans le rapport d'activité et c'est tout* ».

Un CSDS de EA évoque le fait que « *la culture positive de l'erreur c'est permettre à chacun de s'exprimer* ». Le climat de confiance, les rapports inter professionnels, le rapport engagé entre l'équipe et le cadre sont perçus comme des éléments déterminants pour « *libérer les agents sur le fait de déclarer* » comme le dit un CSDS de EB. Le management est impliqué pour mettre en œuvre les conditions propices pour la liberté

⁵² EPP : évaluations des pratiques professionnelles

d'expression des professionnels. Comme nous l'explique un CSDS de EB : « *Je sais que dans cette équipe il y a un bon esprit d'équipe. Donc même s'il y a une erreur, ils ont confiance, ils savent qu'ils ne seront pas jugés ni par leurs collègues, ni par les médecins, ni par le cadre. Par contre, derrière, il faut proposer quelque chose, il ne faut pas simplement constater que ça ne va pas* ». Les interviewés font le lien entre le type de management développé, la culture de la déclaration et le climat de confiance nécessaire dans une équipe.

En résumé

Les professionnels partagent le constat d'une politique de communication autour de la qualité peu claire et d'une sous déclaration dont les principaux freins identifiés sont la crainte de la sanction et ce, malgré la présence d'une charte de non punition. Le management est perçu comme un élément déterminant pour l'appropriation de la démarche qualité par l'ensemble des professionnels.

2.2 La place du management

2.2.1 Un pilotage stratégique mal défini et des attentes fortes du terrain

Au niveau du management stratégique de la qualité, « *la collaboration avec le DS est incontournable. Le DS est plus qu'un collaborateur, c'est mon binôme ; on ne peut pas travailler séparément. Si la DS ne porte pas la qualité des soins et la gestion des risques comme valeur, ça n'avancera pas* » nous dit le DQGR de EA. Une notion de collaboration dont le principe est partagé par la DCGS de E B : « *s'entraider entre les deux directions et donner du sens à la qualité et permettre que cela descende jusqu'aux professionnels* ».

Pour autant, il semble que dans le vécu, au quotidien, il en soit différent pour la DCGS. Si la collaboration entre directeur des soins et service qualité est affichée comme une évidence, elle ne se traduit pas toujours dans les faits : « *Ils ne viennent jamais me voir, ils ne me posent pas des questions sur les organisations. Ici cela donne l'impression que la qualité est une entité détachée, que l'on voit arriver qu'au moment de la certification et alors tout le monde se met à bosser comme des malades et après on se met à produire des procédures à tout va à tous les professionnels alors qu'ils n'ont pas le temps de se les approprier* ».

Pour l'encadrement, le DS est un acteur incontournable de la démarche qualité dont les missions sont parfois difficilement identifiables, comme en témoigne un CSDS de EA : « *il faut un organigramme clair, qu'on sache qui fait quoi. Il y a un recentrage au sein de la direction des soins. C'est à eux de nous accompagner, de s'impliquer. Il faut que le DS se considère comme un acteur de terrain tout en étant dans la stratégie* ». L'encadrement a des attentes fortes vis-à-vis du DS. « *Si le DS n'est pas là, on se fait bouffer. Donc le DS*

est incontournable. Il n'est pas dans une tour d'ivoire » nous dit un CSDS de E A. Il doit garder une relation de proximité avec le terrain, il est attendu de lui un accompagnement ancré dans la réalité du travail. « Il doit venir dans les services, assister aux réunions, accompagner les professionnels en cas de problèmes, venir et être accessible » dit un CSDS de EB. L'encadrement reconnaît des compétences spécifiques au DS « Il a cette place qui lui permet de prendre de la distance. Le DS est en capacité de faire des allers/retours entre réflexions et propositions aux cadres de proximité, c'est essentiel » précise un CSDS de EA.

Les modalités de traitement des événements ne font pas obligatoirement l'objet de consensus entre les acteurs stratégiques. La direction des soins n'est pas forcément en accord avec le DQGR, comme nous l'exprime la DCGS de EA : *« j'ai dit au directeur, il faut faire un CREX ou une RMM. Il était d'accord, par contre, là où ailleurs j'aurais dit quand cela doit être fait, il m'a dit non ; et que c'était aux professionnels de dire quand ils seraient prêts pour en parler, que c'étaient à eux de donner le top départ pour faire la RMM. Donc je pense qu'au final le temps va passer et que l'on ne va rien faire ».* Dans les deux établissements c'est le service de la qualité qui décide des modalités qui seront mises en œuvre pour le traitement d'un EIG ou des FEI. C'est le DQGR qui décide de la temporalité et des acteurs qui participeront aux analyses.

Concernant l'implication des PCME dans le pilotage de la démarche qualité, il semble que cela soit plus distancié. Ils sont plus enclins à laisser la gestion de la qualité aux experts de la qualité : *« nous avons un ingénieur qualité, c'est elle l'experte, c'est elle qui nous dit comment nous devons traiter les choses »* dit le PCME de EB. Ce que confirme également le DQGR de EA élargissant le débat à la communauté médicale : *« je ne sais pas si son rôle en termes de qualité et gestion des risques est captée. Ils sont dans l'acte médical, ils n'ont pas encore compris que la qualité c'est à toutes les étapes, et qu'il y a partout des possibilités d'erreurs. Il faut qu'ils acceptent que la qualité des soins ne se résume pas à l'acte médical. Ils sont ravis que je m'en occupe, ça les dédouane un peu ».*

En résumé

Au niveau stratégique la collaboration DS et DQGR est un incontournable pour la mise en œuvre d'une politique qualité institutionnelle. Les cadres de santé ont des attentes fortes vis-à-vis des DS dans la connaissance de la réalité du terrain, l'accompagnement des professionnels dans leur quotidien. Un rôle et des missions qui ne sont pas toujours clairement définis au sein des établissements. Les PCME se sentent concernés par la démarche qualité mais sont plus dans une attitude attentiste, comptant sur les experts de la qualité pour définir les actions pertinentes à mettre en œuvre.

2.2.2 Le cadre : un acteur de la démarche qualité avec une place ambivalente

Au niveau opérationnel, l'encadrement médical et paramédical a une place prépondérante pour développer la culture qualité auprès des professionnels. Comme nous le dit un CSDS de EB : *« il faut que le cadre et le médecin du service, car je pense que le binôme est important, doivent être là-dedans. Ils doivent être convaincus et convaincre les agents de l'intérêt de déclarer avant que les conséquences soient graves. C'est-à-dire qu'une erreur avec peu ou pas de gravité pour le patient, qu'on ne signale pas, donc qu'on n'essaye pas de régler, peut-être qu'un jour ça deviendra un incident grave ».*

Pour tous les interviewés, le cadre est un acteur essentiel pour *« relever la chronologie des faits, pour que quand on arrive au temps de l'analyse on est une vision claire »* précise le DQGR de EA. Avis partagé par l'ensemble de la filière paramédicale et par les cadres eux-mêmes, *« je demande systématiquement un rapport circonstancié »* nous dit la DCGS de EB. En écho, un CDS de EA raconte que *« dès que l'on me signale un fait, je contacte les personnes, je recueille les éléments pour établir un rapport circonstancié, cela fait partie de mon rôle »*, car *« un problème se gère au plus près du terrain, plus c'est en proximité, mieux c'est géré »* dit le DQGR de EA. Il est également attendu du cadre, une réactivité opérationnelle, comme le précise un CSDS de EA : *« je demande systématiquement que l'ensemble des professionnels concernés soient réunis, pour définir ensemble les mesures immédiates pour éviter que cela se reproduise mais aussi pour que le cadre puisse accompagner l'agent ».*

Selon les témoignages le cadre est essentiel pour relever les éléments factuels, mettre en place des actions correctrices immédiates et accompagner les professionnels dans la démarche de remise en question. Pourtant, les dispositifs mis en place dans les deux établissements donnent la possibilité à l'agent de déclarer un évènement de façon anonyme. C'est laissé au libre choix du déclarant conformément aux préconisations de la HAS. L'anonymat étant susceptible d'encourager la déclaration ; en l'espèce, les deux dispositifs permettent au déclarant de tenir ou non le cadre informé. Il est demandé au déclarant de le préciser au moment de la déclaration. Dès lors, le cadre de proximité peut être tenu informé, la plupart du temps par le service qualité, dans une temporalité éloignée de l'évènement, ce qui limite leur capacité à agir.

En résumé

Il est attendu des cadres de proximité une implication pour le recueil d'éléments factuels permettant la démarche d'analyse, pour l'accompagnement des professionnels en difficulté, pour la mise en place d'actions correctrices immédiates. Dans le même temps les systèmes de déclaration mis en place instaurent la possibilité que le cadre ne soit pas directement informé d'un problème (nous écartons les EIG) survenu dans son service.

Nous notons ici un paradoxe entre, les propos qui témoignent de la place prépondérante de l'encadrement et d'attentes fortes de réaction de leur part, et les dispositifs de déclarations mis en place qui peuvent les tenir éloignés d'évènements survenus dans leur service. Cette ambivalence ne va pas dans le sens d'une culture qualité partagée centrée sur une culture de l'erreur apprenante dont le cadre serait l'acteur opérationnel central.

2.2.3 Le management : un rôle essentiel pour une culture qualité

100% des interviewés s'accorde pour dire que ce sont les cadres qui doivent impulser une culture qualité au plus près des équipes, comme nous l'explique la DCGS de EA : *« j'attends cela avant tout des cadres de pôle. Quand il y a eu une erreur dans un service, c'est au cadre de pôle d'impulser la dynamique de l'analyse collective »*.

Cela fait partie des attentes légitimes des directeurs des soins vis-à-vis de leur équipe d'encadrement, et dans le même temps il semble que cela ne soit jamais évoqué de façon explicite avec eux, y compris au niveau d'une prise de poste par exemple, comme en témoigne un CDS de EB *« elle m'a fait part des valeurs attendues, mais a aucun moment nous avons parlé de la qualité »*. La qualité ne fait pas partie des sujets régulièrement abordés entre les cadres (CSDS et CDS). Il est plutôt d'usage de discuter de la qualité uniquement quand il y a un problème *« les cadres en tous les cas dans mon pôle, dès qu'il y a une erreur on en parle. Ils en discutent, ils engagent une réflexion avec les équipes, ils diffusent les réajustements à mettre en place »*.

Un rôle central de l'encadrement dans la démarche d'acculturation des professionnels pour lequel les cadres n'ont pas été formés ou acculturés eux-mêmes, comme l'explique le DQGR de EA : *« Si l'objectif est d'avoir des soins de qualité et la sécurité, on ne peut pas avoir un management autre que par la qualité et la sécurité des soins. Pour ce management, les cadres doivent être outillés leur donner des tableaux de bord pour qu'ils puissent entamer la discussion avec les équipes. La discussion avec l'équipe va leur faire comprendre la culture positive de l'erreur. Plus ils le comprennent, plus ils vont réfléchir à leur travail, leurs pratiques, plus ils vont déclarer les évènements indésirables, parce qu'ils seront aspirés dans une amélioration continue »*.

Nous notons ici la référence à la politique de communication centrée sur la qualité, avec le choix fait de transmettre (ou non) aux cadres les indicateurs qualité suivis dans l'établissement. Les discours des professionnels témoignent de divergences concernant la transmission des « données qualité ». Elles sont systématiquement partagées au niveau de la direction, mais la diffusion aux cadres de pôles, aux cadres de santé et aux professionnels du terrain est beaucoup plus aléatoire. *« Ils font plein de choses, ils travaillent énormément, mais on n'a pas assez de retours. Les chiffres restent dans un circuit fermé parce que cela appartient à un ingénieur qualité, c'est très particulier, et personne dépendante. C'est cela qui me questionne »* témoigne la DCGS de EA.

En résumé

Pour les acteurs stratégiques, le cadre est un acteur indispensable à la diffusion d'une culture qualité au sein de l'établissement. Mais dans les faits, la thématique qualité est peu ou pas abordée en réunion d'encadrement. Les cadres ne sont pas forcément dans le circuit de diffusion des données qualité : indicateurs, résultats des audits, analyses des EI. Ces éléments de pilotage de la qualité ne sont pas forcément partagés avec l'ensemble des acteurs de santé. L'encadrement manque « d'outils » pour mener à bien leurs missions qualité et accompagner les professionnels.

2.3 La QVT : une approche qui reste difficile

La notion de QVT semble être une notion qui reste un peu floue et dont les actions ne sont pas toujours visibles pour tous les acteurs, comme nous le dit le PCME : « *pour la QVT on a un décret depuis 2014 mais maintenant je ne sais pas ce qui est fait réellement alors que c'est fondamental, si le soignant n'est pas bien quand il rentre chez lui, ça ne va pas le faire* ».

2.3.1 L'impact du management sur la QVT

« *Le management a une influence sur la QVT, j'en suis persuadée* » nous dit la DCGS de EB, avis partagé par toutes les personnes rencontrées dans cette enquête. Cela semble même être une évidence, comme nous le dit la DCGS de EA quand elle parle de la posture des cadres, « *ça me paraît tellement évident, dans son rapport à l'autre, sa façon de fonctionner avec l'autre. Si c'est quelqu'un qui met en insécurité son équipe [...] trop maternant il va les mettre en insécurité, trop directif il va les stresser en permanence, au niveau QVT ça va se sentir* ».

La démarche QVT institutionnelle n'est pas toujours claire pour l'encadrement qui revendique la relation de proximité avec les équipes comme condition *sine qua none* pour lui donner sens le dit un CDS de EB : « *Ils l'ont mis dans le projet d'établissement mais ce n'est que de l'affichage, clairement, vu les situations que l'on vit actuellement. Entre nous et la direction je pense qu'il y a un problème de confiance tant que la direction ne viendra pas sur le terrain pour voir ce qui se passe, ça sera compliqué* ».

Une fonction de proximité, de connaissance du terrain (de la réalité du travail) qui supposent des compétences spécifiques de l'encadrement mises en avant par le PCME de EA : « *les soignants sont comme des éponges et avec toutes ces contraintes cela ne va pas en s'améliorant. C'est difficile pour les cadres, je ne sais pas comment ils font. Mais c'est sûr qu'ils (les cadres) doivent tenir les équipes, les écouter* ».

Un CSDS de EA explicite ses attentes vis-à-vis de l'encadrement : « *j'insiste beaucoup sur la bienveillance au niveau des cadres. Il doit porter une attention sur les équipes par*

la relation, la communication, les moyens qu'il met en place, même s'ils ne sont pas extensibles, il doit donner le sens au travail des gens. Si l'on ne donne pas de sens, on n'est pas bienveillant, car on ne sait pas ce que l'on fait, ni ce que l'on doit faire ». Elle reprend ici le concept du management bientraitant abordé dans la partie I de ce travail.

En résumé

Le cadre a une influence directe sur la QVT par le type de management développé. Cela lui demande des compétences spécifiques pour développer un management bientraitant, pour écouter les professionnels, et donner sens au travail.

2.3.2 Les liens entre la démarche qualité et la QVT

Un CDS de EA explique que *« le management est basé sur la confiance entre les agents et le cadre. Si le personnel n'a pas peur de dire qu'il a fait une erreur, ça marche, il ne doit pas avoir peur des sanctions. Je ne pas dit qu'il ne fallait pas sanctionner, ce n'est pas du laxisme, mais je pense que dans nos métiers il faut être centré sur les personnes. En tant que manager on est aussi dans le prendre soin des professionnels ».* Un CSDS de EB ajoute *« dans un premier temps, il faut tenter de comprendre, de résoudre, sinon il y a une charge mentale que l'on laisse chez le soignant qui n'est pas bonne car après les agents se mettent en arrêt. Et là, c'est un zéro pointé ».* Ces deux témoignages vont dans le sens des éléments de la QVT auxquels nous avons fait référence en première partie⁵³.

Un autre CSDS de EA nous rappelle que le management est le facteur liant la démarche qualité et la QVT, car *« une erreur est toujours mal vécue. Du coup, les accompagner, leur dire qu'on n'est pas là pour les sanctionner mais comprendre ce qui s'est passé, le fait d'en discuter c'est libérateur pour eux, le fait de ne pas être jugé ».* Les liens entre la culture positive de l'erreur dans son approche déculpabilisante des professionnels impacte directement le bien être des professionnels au travail. Une approche positive qui repose sur le cadre de proximité : *« quand une infirmière commet une erreur, elle s'en veut, elle a un sentiment de culpabilité car elle est là pour soigner le patient et non pour le dégrader. Elle a le sentiment d'avoir fait une erreur car elle n'a pas bien travaillé, que c'est une mauvaise professionnelle ; alors que c'est une experte. C'est difficile de rendre la confiance aux agents, mais c'est notre travail »* explique un CDS de EA.

Un CDS de EA va plus loin en évoquant une dimension plus politique du management impliquant la direction dans cette dynamique positive de l'erreur et son impact sur la QVT : *« si on sent un climat de confiance où, en un , on sait que si ça nous arrive on essaiera de comprendre ce qui s'est passé et qu'on n'est pas sanctionné immédiatement, ou en deux on sait que dans l'établissement tout est mis en œuvre pour que s'il y a une erreur on puisse réajuster, et que le circuit est clair, bien sûr que ça va dans le sens de la*

⁵³ Cf Partie I, point 2 « la qualité de vie au travail », pp 13-15

QVT, et c'est important ». Le cadre fait référence à la notion de la culture juste évoquée en Partie I⁵⁴.

Comme le résume le directeur de la qualité de EA : « *je suis persuadé qu'il y a un lien entre la démarche qualité et la QVT. Pour moi c'est un cercle vertueux[...] la qualité ce n'est pas le suivi des normes, c'est s'adapter en permanence aux besoins. La seule façon de le faire, c'est par l'écoute et la décision partagée. Les professionnels n'en comprennent pas toujours le sens, c'est de notre responsabilité. Mais si à la base on les met dans des bonnes conditions, on leur donne la possibilité de faire remonter les informations, des choses qu'il faut améliorer, si on accepte honnêtement que leur objectif c'est de soigner mieux, et qu'on n'est pas là pour sanctionner mais pour améliorer, dans le temps ça va le faire* ».

En résumé

Les managers ont bien conscience que leur type de management, leur acculturation à la culture apprenante de l'erreur impacte directement l'équipe soignante. La réaction de la hiérarchie face à une erreur influence le climat social et le climat de confiance avec les professionnels. Cela a un impact significatif sur le bien-être des professionnels au travail, donc sur la QVT. Les liens sont faits par les interviewés entre le management, le traitement de l'erreur dans la démarche qualité et la QVT.

2.3.3 Leurs représentations autour de la QVT

Les interviewés sont plutôt en difficulté pour expliquer comment concrètement on peut travailler sur la QVT. Spontanément les professionnels mettent en avant une approche ergonomique de la QVT: « *il y a beaucoup de choses qui sont faites, les équipements, les aménagements des services, avec des choses qui portent leurs fruits, il y a même des endroits où il y a moins d'absentéisme parce que l'on a mis des rails au plafond pour les aides-soignants* ».

Pour le PCME de EA, « *la qualité et la QVT ce n'est pas la priorité, vu les contraintes* ». Il insiste sur le fait qu'il faut d'abord sécuriser les organisations en assurant le remplacement de l'absentéisme pour permettre aux cadres de se détacher des plannings et envisager de parler de QVT. Avis partagé par un CSDS de EA qui met en avant également des conditions RH difficiles : « *Quand on voit les difficultés aujourd'hui pour demander une mensualité supplémentaire, franchement je ne vois pas ça comme de la QVT. Je parlerai de QVT quand on aura les moyens de fonctionner, c'est un pré requis* ». Ils opposent QVT et moyens alloués pour travailler.

Les deux DCGS abordent la QVT sous un angle différent. Elles identifient la possibilité donnée aux professionnels de parler de leur travail comme un levier de la QVT. Les deux

⁵⁴ Cf partie 1 ; point 3.2 ; p16

évoquent le travail de rédaction des chemins cliniques, comme stratégie choisie pour actionner ce levier et permettre aux professionnels de parler de la réalité du travail en équipe pluri professionnelle. « *Mettre à plat les prises en charge pour mettre à jours les dysfonctionnements ça va leur faciliter la vie* » dit la DCGS de EA. Cette méthodologie est perçue comme une porte d'entrée pour s'intéresser au travail et impliquer les professionnels, les faire travailler ensemble dans une approche décloisonnée : c'est l'occasion de parler du vrai travail. Cela permet de favoriser le développement des compétences collectives, d'identifier les zones de fragilité pour mettre en œuvre les actions correctrices. Cette stratégie permet à la fois de travailler sur la démarche qualité, sur la QVT et place le management au centre du dispositif.

Une autre piste est évoquée par la DCGS de EA pour permettre aux professionnels d'exprimer leurs difficultés dans leur travail, et également, proposer des solutions pour y répondre. Elle vient de mettre en place ce qu'elle appelle « *les revues organisationnelles* ». Cela consiste à réunir les professionnels sur du temps formalisé, dédié, planifié, afin qu'ils discutent de leurs organisations non pas centrées sur la charge de travail mais plutôt sur ce qu'ils mettent en œuvre pour réaliser le travail attendu. À ce jour, elle initie la démarche en se déplaçant dans les services, mais à terme elle souhaite que ce soient les cadres de pôles et les cadres de santé qui pilotent la démarche pour la déployer sur l'ensemble de l'établissement.

En résumé

Les interviewés ont prioritairement une approche ergonomique de la notion de QVT. L'encadrement a du mal à envisager la QVT autrement que par l'amélioration des conditions de travail. Témoignant d'une vision plus « méta », les DS mettent plutôt en avant la nécessité de permettre aux professionnels de parler de leur travail en équipe pluriprofessionnelle. Pour cela, la stratégie des DS est centrée sur l'approche par les chemins cliniques.

3 Des résultats aux questions de recherche

L'enquête réalisée et l'analyse des données nous ont permises de répondre à l'ensemble des questions qui ont guidées ce travail de recherche⁵⁵. Les entretiens que nous avons menés ont été riches d'enseignements et nous apportent des réponses, des pistes de réflexion sur les trois axes de notre travail : la place de la culture de l'erreur, la QVT et le management.

⁵⁵ Cf page 4

3.1 La place de l'erreur dans la démarche qualité

Les réponses des professionnels viennent renforcer les lectures faites, et nous constatons que le seuil d'acceptabilité est bien en lien avec le comportement de l'agent. Le caractère de non intentionnalité est mis en avant, la notion de répétition sans réajustement, sans remise en cause des pratiques seront les éléments retenus pour basculer de l'erreur à la faute sanctionnable.

Le caractère inévitable des erreurs est aussi acté par tous, et de fait ils plébiscitent une approche déculpabilisante. Ils font le lien entre le problème de la sous déclaration et la crainte des professionnels d'être sanctionnés ou perçus comme des professionnels incompetents. La rédaction de la charte de non punition n'est pas suffisante à elle seule pour rassurer les professionnels sur la réaction de la hiérarchie en cas d'erreurs commises.

L'intérêt de l'approche de l'erreur comme source d'apprentissage, n'est pas un concept utopique pour un établissement de santé. Pour autant, seuls les DCGS et le DQGR semblent s'être appropriés la démarche et l'affichent comme un incontournable d'une démarche qualité et QVT. Dans la réalité des faits, cette approche est très peu développée par l'encadrement qui met en avant la nécessité d'une politique clairement portée et affichée par la direction de l'établissement. Nous retrouvons ici le lien avec la notion de la culture juste évoquée dans la première partie de travail.

3.2 La QVT : une approche mal identifiée

Spontanément les cadres évoquent le management sous l'angle de la relation. Ils sont conscients que le type de management mis en place conditionne le climat de confiance qui sera ressenti dans une unité. Un climat de confiance indispensable pour que les professionnels osent faire remonter les erreurs, les dysfonctionnements constatés y compris quand cela remet en cause leurs pratiques.

L'axe managérial est présenté comme un élément central dans une démarche qualité. C'est l'encadrement qui peut mettre en œuvre les conditions pour que les professionnels parlent de leur travail, ce qui permet de monter en compétences et redonner sens au travail quand certains l'ont perdu, ce qui est source d'insatisfaction et de démotivation.

Les acteurs stratégiques, hormis le PCME font le lien entre la QVT et le management. Les cadres (CDS et CSDS), tout en étant conscients de leur impact sur la vie du service, appréhendent plus facilement la QVT sous l'angle de l'ergonomie et des moyens alloués pour fonctionner. Il y a donc une mauvaise appropriation des différentes dimensions de la QVT par les cadres.

3.3 La place du DS

La culture qualité doit être portée et affirmée par la direction de façon claire et accompagnée au plus près du terrain. Il semble que ce soit la hiérarchie du soin parce qu'elle a cette expertise du terrain, ce lien de proximité avec les agents, qui doit en assurer sa déclinaison opérationnelle. Les cadres occupent une place centrale pour l'acculturation des professionnels à la démarche qualité. Le management a un impact direct sur le climat social. Il permet de créer les conditions nécessaires à la motivation des agents et leur capacité (ou non) à composer avec un contexte fortement contraint. L'encadrement a un rôle fondamental pour mettre en place des organisations apprenantes dans des services où les professionnels sont tenus informés des erreurs survenues, où ils ont un retour sur les actions mises en place. Des organisations où les professionnels ont la possibilité de parler du travail réel et s'impliquer dans le cadre d'un collectif pour proposer des pistes d'amélioration des pratiques ; autant d'éléments essentiels de la QVT.

La question du management de l'encadrement est donc centrale pour le DS. Elle suppose une réflexion stratégique dans la mise en œuvre de la politique managériale pour permettre aux cadres de s'approprier la culture qualité comme un levier au bénéfice de la QVT. Le service qualité est perçu comme un monde d'experts qualitiens qui doivent venir en soutien méthodologique et mettre à disposition des soignants, des outils leur permettant d'analyser les situations en autonomie. Le DS doit développer des collaborations avec le service qualité tout en restant garant de l'approche de terrain.

Les DS attendent des cadres des compétences spécifiques notamment dans l'analyse des EI, une réactivité face aux EI, une appropriation des démarches qualité pour instaurer une dynamique du partage d'expérience en équipe pluri professionnelle. À leur tour, les cadres attendent de la part des DS un positionnement clair (vis-à-vis de la place de l'erreur, du rôle de l'encadrement) et une posture de soutien des professionnels, de prise en compte de leur réalité. Un organigramme où la place de chacun dans la démarche est clarifiée semble indispensable.

La stratégie managériale du DS doit contribuer à la mise en place d'une culture des organisations apprenantes qui s'inscrit dans une politique de la culture juste favorisant le climat de confiance entre la hiérarchie et les professionnels, un climat de transparence où le parler du travail réel est possible. Ces éléments sont au bénéfice du mieux-être des agents, participent au développement de leurs compétences individuelles et collectives. C'est un levier managérial sur lequel le DS peut s'appuyer pour renforcer la qualité et la sécurité des soins pour un meilleur service rendu aux patients, une amélioration de la QVT et *in fine* de l'efficience et de la performance de l'établissement.

Partie III : Préconisations pour notre pratique future de DS

À partir de l'ensemble des lectures réalisées et de l'enquête de terrain, nous avons élaboré des préconisations que nous retenons pour notre pratique future.

Elles doivent favoriser l'appropriation de la culture qualité des professionnels basée sur le concept de l'erreur apprenante. Les réflexions menées tout au long de ce travail nous ont convaincues de la possibilité de contribuer à la QVT par un travail managérial basé sur la culture des organisations apprenantes. Et ce, malgré les contraintes qui pèsent sur les établissements.

1 Promouvoir une politique institutionnelle

Le travail du DS s'inscrit dans un collectif de directeurs pour un positionnement politique clair de façon à porter un message institutionnel cohérent et partagé.

1.1 Définir les engagements qualité au niveau institutionnel

Le développement d'une culture qualité, d'une dynamique QVT ne peut pas se mettre en œuvre sans que le sommet de l'organisation (la direction) ait clairement définie la feuille de route institutionnelle. Le moyen le plus sûr de travailler sur la QVT est de travailler sur le travail. Pour que cela soit efficace il faut que cela s'inscrive dans une politique globale et volontariste de l'établissement.

De par son expertise, le DS doit contribuer à ce que le projet d'établissement explicite les engagements de la direction concernant :

- la place de l'erreur : promouvoir une culture non punitive de l'erreur par un renforcement de l'engagement commun de la direction et de la CME sur une politique de la culture juste qui nécessite d'établir un référentiel permettant de clarifier les réponses de la hiérarchie;
- le partage des objectifs suivis, les éléments du contexte, les contraintes mais aussi les points forts : établir un diagnostic réaliste de la démarche qualité et QVT ;
- formaliser la politique QVT et la porter ;
- contribuer au développement d'une organisation médico - soignante : ce qui contribuera à une meilleure cohérence des prises en charge, et permettra de libérer des temps communs aux équipes médicales et paramédicales pour parler du travail ;
- promouvoir les modes de management favorable à la QVT ;
- clarifier les valeurs institutionnelles : car « *les valeurs existent d'abord pour porter une vision, et donner du sens à notre pratique professionnelle* »⁵⁶.

⁵⁶ CHOQUE S., *op.cit*, p71.

1.2 Clarifier la place des acteurs stratégiques : DQGR/ DS/ PCME

Conformément à la réglementation, le directeur des soins, le PCME, mais aussi le coordonnateur qualité ont tous des missions « qualité » avec des périmètres d'actions qui se confondent parfois.

La clarification de la place de chacun dans le dispositif, des modes de collaboration, favorisent l'appropriation d'une culture qualité par les professionnels. Cela évitera des actions et des stratégies parallèles qui créent de la confusion chez les professionnels : l'incertitude est un frein à l'action.

Il convient qu'au niveau politique cela soit défini en concertation avec les différents acteurs. Il nous semble donc indispensable, et notamment lors notre intégration dans un nouvel établissement, de provoquer des réunions de concertation afin de définir les responsabilités de chacun, les attentes, les moyens, les stratégies à partager.

Une fois les modalités de coopération déterminées, il peut être intéressant, pour ne pas dire indispensable, de mettre en œuvre des staffs qualité au niveau de la direction. Sans rajouter des réunions dans un agenda contraint, prévoir de façon systématique un point qualité dans les instances existantes peut être une bonne stratégie pour mettre la qualité au cœur des discussions et permettre à chaque directeur d'intégrer la qualité dans sa quotidienneté.

Cet aspect volontariste et impliqué des directeurs est une bonne base pour que cela fasse « tache d'huile » et se diffuse auprès de tous les collaborateurs de l'institution.

1.3 Définir une stratégie de communication

La communication est souvent envisagée dans sa dimension technique, comme un outil, un support de transmissions des messages, des informations. « *La communication est une modalité de l'action qui permet la transformation du construit social, elle prescrit les comportements* »⁵⁷. Savoir communiquer n'est pas une compétence naturelle, elle suppose de la travailler. L'axe de la communication relève d'une réelle stratégie institutionnelle.

En tant que directeur des soins nous souhaitons contribuer à la prise en compte de la communication comme :

- un levier pour donner sens au travail : donner la direction à suivre, définir les objectifs de l'action collective et définir la distribution de l'action entre les professionnels ;
- un levier pour un management impliqué : mobiliser les acteurs dans l'action, favoriser leur engagement, gérer les conflits, apaiser les tensions, assurer une médiation entre les professionnels ;

⁵⁷ Parent B., 12 septembre 2018, « la communication et le management », UE 10 du référentiel de formation EDS, l'EHESP.

- un levier pour une culture institutionnelle : légitimer les actions dans un environnement donné. Légitimer les acteurs qui portent les actions. Rappeler les valeurs partagées, installer la confiance et créer du lien entre direction et professionnels du terrain ;
- un levier pour promouvoir les activités : faire valoir et faire savoir les actions, valoriser les activités, rendre lisible la performance des acteurs, la qualité du service, se faire connaître dans un territoire, gagner des parts de marché.

La communication est un levier indispensable au changement dont les enjeux que nous venons de rappeler doivent être partagés avec l'ensemble des acteurs de pilotage de l'établissement. C'est pour cela qu'en tant que directeur des soins, nous défendrons l'idée, notamment au niveau du directoire que le projet d'établissement doit intégrer un projet communication, comme il intègre un projet social, ou le projet des soins.

2 Décliner des projets qui donnent sens au travail

Conformément au référentiel de compétences, le directeur des soins participe à la conception, au pilotage et au suivi des différents projets contribuant au bon fonctionnement de la structure⁵⁸. Il inscrit son action dans une dimension stratégique en participant et/ou en pilotant la mise en œuvre de projets permettant de donner sens au projet d'établissement.

2.1 Le projet de soins

Le projet de soins est un véritable outil de pilotage sur lequel le directeur des soins va pouvoir s'appuyer pour donner sens aux orientations institutionnelles. En lien avec le projet médical, il donne les axes de travail pour que l'encadrement puisse dans chaque pôle, chaque unité de soins, se l'approprier et le décliner. Le projet de soins est la feuille de route de l'encadrement qui doit donner sens à leur travail.

Nous avons identifié les liens entre la démarche qualité, la qualité du travail et la qualité de vie au travail pour les professionnels. Ce cercle vertueux reposant majoritairement sur les cadres.

La politique managériale développée à travers le projet de soins doit mettre en avant :

- le développement des compétences individuelles et collectives des professionnels, y compris des cadres en se basant sur le concept des organisations apprenantes ;
- le paradigme de la culture positive de l'erreur comme élément central de la démarche qualité ;
- le management par la qualité comme type de management centré sur l'empathie, la prise en compte de la réalité du travail pour conduire des changements en maintenant le

⁵⁸ cf Annexe 3

niveau de satisfaction des agents donc leur motivation au travail. Ce qui n'est pas en opposition à la fonction contrôle des cadres de santé, car contrôler le travail c'est aussi s'intéresser à lui.

Lors de notre prise de poste, nous pourrions nous retrouver confronté à un projet de soins déjà rédigé qui ne reprend pas les orientations que nous souhaitons. Nous considérons, qu'il sera impératif de procéder à une évaluation de ce dernier à partir d'un diagnostic partagé avec l'encadrement, par exemple à partir d'une matrice de type SWOT⁵⁹. « *Le diagnostic partagé est un processus de travail participatif qui met en évidence les points forts, les points faibles, les menaces et les opportunités d'une organisation dans son environnement* »⁶⁰.

Ce diagnostic partagé permet, d'une part, d'intégrer les cadres dans le projet à mettre en place, et d'autre part de réorienter le projet de soins à partir d'éléments objectivés.

Le projet managérial est au cœur de notre stratégie pour contribuer à l'efficacité de l'établissement et à sa performance, dans une approche QVT pragmatique que nous souhaitons voir intégrée dans le projet social.

2.2 Le projet social

Nous devons prendre soin de ceux qui nous soignent comme indiqué dans la stratégie nationale pour la QVT développée par le ministère de la santé. Il faut « *considérer les ressources humaines comme un ensemble de personnes dont il faut prendre soin*⁶¹ » car sans soignant il n'y a pas de soins.

Tenant en compte qu'environ 70% des dépenses d'un établissement de santé sont les dépenses en personnel, nous défendons l'idée que s'intéresser à la QVT, n'est pas une philosophie uniquement humaniste mais au contraire une approche médico-économique de notre système de santé.

Le projet social a donc une place prépondérante pour l'efficacité de l'établissement. Dans le cadre de notre collaboration avec le DRH pour l'élaboration du projet social, nous insisterons sur le fait que la QVT est en lien avec différents paramètres, comme la gestion des ressources humaines et l'organisation du travail. Il convient donc de développer une approche de la QVT dépassant la dimension technique, ergonomique du travail pour favoriser les conditions propices à une qualité de vie au travail.

Le projet social doit notamment élaborer des axes autour des objectifs suivants :

- favoriser les échanges, l'expression des personnels et le travail d'équipe ;
- développer les actions de reconnaissance et de soutien psychologique des professionnels ;
- proposer des horaires de travail qui concilient vie professionnelle/vie familiale.

⁵⁹ SWOT : de l'anglais Strengths (forces) /Weaknesses (faiblesses) / Opportunities (opportunités) /Threats(Menaces)

⁶⁰ CHOQUE N., *op.cit.*, p 42

⁶¹ Ibid., p 18

Le travail entre le DRH et le DS doit permettre d'identifier les objectifs communs entre projet de soins et projet social afin qu'il y ait une concordance dans les actions développées en faisant le lien avec le projet qualité.

2.3 Le projet qualité

L'amélioration continue de la qualité et la nécessité de pratiquer des soins en toute sécurité, supposent de s'appuyer sur un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels (travail d'équipe), de partager des valeurs, d'agir avec comme finalité l'efficience et la qualité des soins faits.

Le DS, responsable également de la qualité et de la sécurité des soins au même titre que le PCME, doit participer à la rédaction du projet qualité de l'établissement. Pour nous, c'est la condition *sine qua none*, pour le développement d'une culture qualité institutionnelle.

Cette approche partagée des acteurs stratégiques permet l'appropriation d'une culture qualité par les professionnels comme objet d'amélioration continue de leurs pratiques et non uniquement comme un dispositif d'experts au service de la normalisation du travail centré sur la production de procédures qu'ils ne peuvent pas s'approprier.

Le projet qualité doit notamment développer des axes autour des objectifs suivant :

- former les cadres et les médecins à la démarche qualité centrée sur la culture positive de l'erreur ;
- former des agents à la démarche processus et gestion des risques afin que l'analyse du travail se fasse au plus près du travail par les acteurs ;
- améliorer la gestion des événements indésirables : intégrer les cadres et les responsables médicaux dans le processus de déclaration et d'analyse ;
- favoriser le partage des erreurs : mise à disposition d'outils de partage de type « la revue des erreurs » ;
- intégrer un volet « qualité » dans les contrats de pôle comportant des objectifs et des indicateurs de suivi.

3 Favoriser la culture qualité au plus près du terrain

La culture qualité relève de la pratique quotidienne ce qui nécessite la mise en place de dispositifs opérationnels. Le directeur des soins, responsable de l'encadrement doit veiller à leur accompagnement pour une mise en œuvre opérationnelle des projets.

3.1 La CSIRMT : un levier pour la culture qualité

Concernant les paramédicaux, et le directeur des soins, la loi HPST⁶² fixe les évolutions des prérogatives de la CSIRMT en matière de qualité et sécurité des soins. Il est spécifié que cette instance doit être consultée pour avis concernant :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers.

Les travaux qui y sont menés, la dynamique engagée contribuent à l'appropriation par les professionnels de la démarche qualité et de ses liens avec la QVT.

3.2 Favoriser un collectif cadres

Nous avons identifié la nécessité de parler du travail dans une approche collective au bénéfice de la qualité du travail et de la QVT. Une approche qualité fondée sur la culture positive des erreurs comme source d'amélioration des pratiques qui s'inscrit obligatoirement dans une dimension collective. Alors que les parcours des patients sont de plus en plus transversaux, nos organisations sont encore très cloisonnées, les cadres dans leur quotidien se sentent isolés dans leur management.

A ces fins, il nous paraît important que le DS participe au développement d'un collectif cadre sur lequel il pourra ensuite s'appuyer pour la mise en œuvre des objectifs définis dans le projet de soins.

Dans son rapport, Mme De Singly⁶³ propose des leviers opérationnels que nous retenons :

- création d'un référentiel des bonnes pratiques managériales. Nous pourrions constituer un groupe de travail cadres pour établir une cartographie des situations managériales prévalentes. Pour chaque situation, les compétences mobilisées seront listées, les actions mises en place identifiées ainsi que les ressources et les contraintes institutionnelles. L'ensemble de ces fiches constituera une « valisette » de l'encadrement, un guide d'aide à la décision pour les cadres confrontés à des situations similaires. Pour un côté opérationnel, nous privilégierons la voie informatique et l'utilisation d'un disque partagé afin que l'encadrement puisse s'y référer à partir de n'importe quel ordinateur ;
- la mise en place d'ateliers d'analyse réflexive centrés sur les pratiques managériales. Nous devons permettre aux cadres de se questionner sur leurs propres pratiques managériales à partir de situation réelle du travail par un partage d'expériences. Cela favorise d'une part la montée en compétences individuelles et collectives de l'encadrement et d'autre part participe au décroisement des organisations. Pour le

⁶² art. R 6146-10 du code de la santé publique

⁶³DE SINGLY C., *Rapport de la mission cadres hospitalier, rapport final*, tome 1, p 62.

directeur des soins, ces axes de travail peuvent être à la fois des éléments fédérateurs de l'encadrement autour de projets partagés, et un accompagnement des cadres dans la mise en œuvre d'une culture qualité centrée sur la réalité du travail.

3.3 Favoriser la convergence médico - soignante

Nous avons vu que le management par la qualité au bénéfice de la QVT est notamment basé sur la possibilité donnée aux professionnels de parler ensemble, de leur travail, des erreurs constatées. Ces retours d'expériences sont indispensables dans une démarche d'amélioration continue des pratiques professionnelles.

Pour ce faire, les organisations de travail doivent permettre aux professionnels d'avoir des temps communs pour discuter du travail avec l'ensemble des acteurs qui sont mobiliser au quotidien pour prendre en charge les patients. La plupart des organisations de travail sont basées sur des logiques médico-soignantes différentes et des horaires de travail différents.

Le directeur des soins pourra s'appuyer sur l'encadrement afin de réaliser dans chaque pôle, au niveau de chaque service, une cartographie des organisations. Cela permettra d'objectiver les écarts entre les équipes médicales et paramédicales. L'objectif étant que dans un second temps l'encadrement puisse être force de propositions pour mettre en place de nouvelles organisations en concertation avec les équipes médicales tenant en compte les contraintes de chacun et faisant consensus entre les deux logiques.

Une fois validés, ces changements seront portés, mis en œuvre par l'encadrement et les chefs de services dans chaque pôle.

3.4 Acculturer les nouveaux recrutés

Si nous souhaitons que la démarche qualité soit une politique affichée et intégrée de l'établissement dans la quotidienneté des acteurs, il convient aussi de mettre en place des actions dès le recrutement des agents.

En collaboration avec la DRH, nous pourrions envisager de créer une pochette du nouveau recruté dans laquelle, au même titre que d'autres documents administratifs nécessaires à l'embauche, pourrait être insérés :

- la charte d'engagement de la culture juste
- la charte du management : les principes du management bienveillant
- les engagements qualité de la direction
- les personnes ressources
- la procédure de déclaration des EI
- les attendus vis-à-vis des professionnels : leur implication.

Nous voyons plusieurs enjeux à la prise en compte dans la politique de recrutement de la dimension qualité :

- favoriser l'acculturation des agents à la politique qualité de l'établissement dès leur arrivée
- renforcer le sentiment de bien-être au travail
- favoriser leur sentiment d'appartenance : meilleure attractivité.

Par ailleurs, il nous paraît intéressant de prévoir dans la journée (ou ½ journée) d'intégration des nouveaux recrutés une partie consacrée à la démarche qualité. Cela pourrait être des éléments de présentation d'indicateurs qualité ; également, des retours d'expérience de cadres ou d'équipes concernant la gestion d'un EI. Afin que les personnes envisagent la qualité dans une vision institutionnelle à travers des éléments quantitatifs et une vision plus centrée sur le terrain à partir d'éléments qualitatifs.

3.5 Travailler sur les parcours

Les prises en charge sont multi professionnelles, multidisciplinaires et concernent plusieurs services. Comme nous l'avons vu à plusieurs reprises, que ce soit dans la première partie de ce travail ou à partir de l'enquête de terrain, la démarche qualité et la QVT ne peuvent pas se développer si l'on ne met pas en place les conditions permettant aux professionnels de parler de la réalité de leur travail. Les organisations sont souvent très contraintes, les effectifs sont à flux tendus, il semble difficile de trouver du temps en plus pour que les personnes se réunissent autour d'une table. Le travail sur les parcours, la rédaction des chemins cliniques est une stratégie qui nous semble intéressante pour amener les professionnels à parler du travail, mettre à jour les dysfonctionnements, identifier les zones de fragilité ou de risques de rupture. Ce travail est aussi un levier pour positionner les agents en professionnels réflexifs et être force de propositions.

Cette dynamique est porteuse de sens pour les professionnels et permet de les impliquer : deux composantes de la QVT.

En conclusion de cette partie, nous souhaitons insister sur le fait que ce ne sont que des préconisations, des pistes d'actions qui s'inscrivent dans une temporalité à court et long terme. Lors de notre prise de poste, il convient avant tout de réaliser le diagnostic de l'existant. Ainsi nous pourrions être force de propositions afin de définir en équipe de direction la feuille de route et le plan d'actions le plus adapté au contexte pour y parvenir.

Conclusion

Sans remettre en question l'insoutenable tristesse d'une famille confrontée à la perte d'un être cher suite à l'erreur d'un soignant, l'abatage médiatique qui est fait autour de ces évènements tendent à laisser croire à l'usager du système de santé d'une infaillibilité des prises en charge.

Depuis de nombreuses années les établissements mettent en place des démarches qualité pour faire évoluer les pratiques, les évaluer aussi, sécuriser au mieux les soins et améliorer la qualité du service rendu aux usagers du système de santé. Pour autant, l'enquête ENEIS² confirme la survenue d'un EIG tous les cinq jours dans une unité de 30 lits. Le risque zéro n'existe pas et il convient de le prendre en compte. Il est donc primordial de considérer que la sécurité d'un système ne repose pas sur l'absence des erreurs mais sur leur nécessaire gestion. C'est dans ce sens que la HAS a communiqué depuis quelques années sur la notion d'erreur apprenante⁶⁴ comme pilier de la culture qualité.

Si nous considérons que les erreurs sont autant d'alertes à prendre en compte pour améliorer les pratiques, comme futur directeur des soins, nous écartons la faute, qui relève d'un caractère intentionnel. Il est donc de notre ressort de clarifier ce qui sera considéré comme une faute, une défaillance en lien avec les compétences ou l'insuffisance professionnelle qui devra être traitée en utilisant toutes les mesures réglementaires disponibles, comme la sanction disciplinaire. La prise en compte des causes systémiques ne doit pas toutefois être considérée comme du laxisme et une sorte de permis à se tromper comme le permis à points, qui, selon certains juristes, revient à donner un droit à commettre un certain nombre d'infractions routières avant qu'il ne soit interdit au conducteur de conduire.

La politique qualité et gestion des risques ne peut se développer sans une posture volontariste de la direction de l'établissement. Les chartes de non punition qui sont largement généralisées dans tous les établissements ne suffisent pas à donner confiance aux professionnels pour déclarer leurs erreurs. Le principal frein identifié étant la crainte de sanctions. La mise en place par la direction d'une politique de la culture juste permet de clarifier le distinguo fait entre une erreur et une faute, et les réponses hiérarchiques en lien. La culture juste de l'erreur est un levier identifié pour diminuer le phénomène de sous déclaration constaté partout. La transparence et l'implication demandées aux professionnels pour déclarer imposent de la clarté de la part de la direction et une garantie du respect des règles posées.

⁶⁴ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2586979/fr/reperes-pas-d-erreur-sur-l-erreur

Dans les cas de burn-out il est souvent fait référence à la qualité empêchée. Un sentiment de malaise des professionnels de santé associé au sentiment d'un travail mal fait, induisant un conflit de valeurs à l'origine de certains risques psychosociaux. Le bien-être des professionnels est conditionné au sentiment qu'ils ont de pouvoir faire du bon travail. « *La qualité du travail est le gage de la qualité et la sécurité des soins. Elle est un élément de la performance sociale [...] et il n'y a pas de QVT sans dialogue social*⁶⁵ ». L'encadrement, par son expertise du terrain et ses liens de proximité avec les professionnels, a un rôle central pour l'acculturation des professionnels à la démarche qualité basée sur le retour d'expériences. Le cadre contribue à la mise en œuvre des conditions permettant aux professionnels de s'impliquer dans un questionnement d'analyse collective de leurs pratiques. Un management par la qualité et bien traitant favorise un climat de confiance permettant aux professionnels de libérer leur parole, de s'exprimer sur la réalité de leur travail. Des partages d'expériences collectifs indispensables à la montée en compétences (collectives et individuelles) des soignants pour être en phase avec des organisations qui doivent se penser en parcours patient. Permettre aux agents de questionner leur travail en vue de l'améliorer, favoriser leur implication dans les organisations mises en place, développer un mode managérial centré sur la réalité du travail, sont identifiés comme des leviers importants de la motivation des agents au travail, donc de la QVT.

En effet, la QVT ne se réduit pas à de la prévention en santé et sécurité au travail sous l'angle ergonomique. Promouvoir des relations bienveillantes permet de faire face aux contraintes budgétaires et aux attentes des usagers : entre qualité des soins, efficience des organisations et performance de l'établissement et QVT ; ce doit être le socle du management. Le cadre doit développer des logiques coopératives transversales.

L'enjeu médico économique est important. La culture de qualité et sécurité des soins constitue un des leviers de la performance des organisations. Le poids économique des événements indésirables est estimé à hauteur de 10 à 15% des budgets hospitaliers. Une réduction de la survenue de tels accidents et dysfonctionnements bénéficierait donc au système de santé dans sa globalité, entraînant des économies considérables et des possibilités de redéploiement au profit de l'amélioration des prises en charge⁶⁶. L'intégration des éléments de la QVT dans une culture sécurité est un levier managérial important pour le DS au bénéfice de l'efficience et de la performance des établissements de santé.

L'enquête de terrain, que nous avons menée auprès de deux centres hospitaliers, a démontré la difficulté d'appropriation de la démarche qualité par les professionnels.

⁶⁵ Op cité p 2

⁶⁶ Rapport PNSP 2013-2017, rapport d'activité. Décembre 2017

Malgré des progrès faits ces dernières années, la crainte de sanctions ou la méconnaissance du dispositif mis en place au sein de l'établissement, sont identifiées comme des freins importants au développement d'une réelle culture de la qualité. Selon les témoignages, l'approche de la culture positive de l'erreur est bien considérée comme une approche pragmatique et porteuse de sens pour faire améliorer les pratiques des professionnels, pour autant elle est peu ou pas développée dans les établissements de santé.

La place des cadres de santé dans le dispositif questionne. S'ils sont considérés par tous comme des acteurs essentiels de la démarche qualité au plus près du terrain, les systèmes mis en place peuvent les écarter complètement de la démarche de déclaration des EI. Dès lors comment garder des cadres impliqués dans un management par la qualité ?

Concernant l'axe de la QVT, l'enquête démontre une difficulté d'appropriation de cette notion. Les liens avec le management et son impact sur le climat social, la possibilité donnée aux professionnels de questionner leurs pratiques sont faits. Pour autant, le verbatim utilisé par les cadres pour parler de la QVT est toujours en référence à une approche ergonomique de la notion. L'approche de la QVT par le management par la qualité, la qualité du travail favorisée par un climat social apaisé et une culture juste de l'erreur restent des notions difficiles pour les cadres de santé.

De fait, la politique managériale du DS doit permettre une stratégie managériale pour le développement d'une culture qualité institutionnelle intégrée dans la quotidienneté de l'ensemble des acteurs de soins.

Pour ce faire, le DS doit inscrire son travail dans une démarche de collaboration avec le service qualité tout en gardant l'approche du terrain, notamment à travers l'encadrement. L'opérationnalité des plans d'actions qualité et du développement d'une culture des organisations apprenantes au bénéfice de la QVT peut s'inscrire dans le projet de soins qui aura été élaboré dans le cadre d'une co-construction avec les professionnels. Cela doit aussi être intégré dans l'ensemble des projets qui constituent le projet d'établissement. Le DS a un rôle majeur pour ce faire.

Pour conclure, nous souhaitons aborder la question des usagers. La place des usagers dans les dispositifs d'analyse des EIAS doit être repensée. Le patient, positionné à ce jour comme objet de soins, au cœur de nos organisations, doit être appréhendé comme un partenaire de soins. Le patient « 2.0 » sera un membre à part entière de l'équipe soignante, il sera au côté des soignants pour co-construire les prises en charge adaptées à ses besoins. C'est un changement de paradigme qui dépasse la notion de patient expert développée ces dernières années, et pour lequel soignants comme patients devront être accompagnés. Un nouvel enjeu majeur pour le DS.

Bibliographie

Textes réglementaires

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme à l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel, n° 0167 du 22 juillet 2009, 121184.
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Journal officiel, n° 0022 du 27 janvier 2016, 1.
- Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé, Journal officiel, n° 0265 du 16 novembre 2010, 20428.
- Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé, Journal officiel, n° 0102 du 02 mai 2010, 27.
- Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé, Journal officiel, n° 0104 du 5 mai 2010, 8107.
- Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, Journal officiel, n° 0227 du 30 septembre 2010,
- Décret n° 2015-1866 du 30 décembre 2015 relatif au financement de l'amélioration de la qualité et de sécurité des soins, Journal officiel, n° 0303 du 31 décembre 2015, 25327
- Décret n° 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, Journal officiel, n° 0276 du 27 novembre 2016, 45.
- Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers, Journal officiel, n° 0276 du 27 novembre 2016, 44.
- Arrêté du 05 août 2016 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-22-20, Journal officiel, n° 0192 du 19 août 2016, 10.

Ouvrages

- ANACT, mai 2017, *Agir sur la QVT*, éditions Eyrolles, 132 p.
- CHOQUE S., 2017, *Le management par la bientraitance*, 1^{ère} édition, Paris : éditions Lamarre, 163 p.

- DEGOS L., 2013, *L'éloge de l'erreur*, 1^{ère} édition, éditions Le Pommier, 118 p.
- FORMAN B., 2010, *Du manuel qualité au manuel management. L'outil stratégique*, éditions AFNOR, 315 p.
- LE BOTERF G., mars 2010, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 5^{ème} édition, éditions Eyrolles, 287 p.
- LE BOTERF G., avril 2018, *Développer et mettre en œuvre la compétence*, 1^{ère} édition, éditions Eyrolles, 291 p.
- LE RAY J., mars 2015, *De la gestion des risques au management des risques-Pourquoi ? Comment ?*, éditions AFNOR, 540 p.
- MOREL C., 2012, *Les décisions absurdes II, comment les éviter*, 1^{ère} édition, éditions Gallimard, 288 p.

Articles/ Rapports

- CLOAREC F., BRUANT C., « Qualité de vie au travail : une boussole pour orienter la réflexion ». *Techniques hospitalières. La revue des technologies de la santé*, n° 267, novembre 2017, pp. 63- 64.
- FRAISSE S., ROBELET M., VINOT D., mai 2003, « La qualité à l'hôpital entre incantations managériales et traduction professionnelles », *Revue française de gestion*, n° 146, pp. 155-166.
- MOHAMED MAHJOUNB et al., mai 2016, « Culture sécurité des patients par la réponse non-punitive à l'erreur et la liberté d'expression des soignants », *Santé Publique*, Vol. 28, pp. 641-646.
- GRARADJI N., novembre 2017, « Événements indésirables : Instaurer une culture du signalement », *ASH - actualités sociales hebdomadaires* , n° 3033, pp. 32-33.
- BENDJELLOUL G., février 2016, « EIAS : le cadre impliqué dans le changement culturel », *Objectif soins & management. La revue des cadres de santé*, n° 243, pp. 20-24.
- COQ CHODORGE C., mars 2015, « Inculquer une culture positive de l'erreur », *Objectif soins & management. La revue des cadres de santé*, n° 234, pp. 24-26.
- BOUCHEZ H., AGEORGES P., et al., et al., décembre 2005, « Éviter l'évitable. Tirer parti des erreurs pour mieux soigner. », *Revue Prescrire (la)*, n° 267, pp. 881-945.
- KATNIZER. C., novembre 2017, « Le directeur des soins et la QVT », *Soins cadres*, n° 104, pp 39- 40.
- GHADI V., LALY P., Gallet AM., et al., « Expérimenter la qualité de vie au travail Clusters sociaux QVT : premiers enseignements », *Revue hospitalière de France*, n° 574, janv-février 2017, pp 30-31

- HALIDAY H., « QVT dans les établissements de santé. Une revue de littérature internationale », *Revue hospitalière de France*, n° 580, janv-février 2018, pp 30-31
- DE SINGLY C., 11 septembre 2009, Rapport de la mission Cadres Hospitaliers, rapport final, tome 1, 125 p.

Mémoires

- FARCY N., 2013, *Haute fiabilité et résilience organisationnelle : un changement de paradigme pour piloter la sécurité des patients*, EHESP, 61 p.
- KANIA F., 2008, *Gestion des évènements indésirables liés aux médicaments : d'une participation ponctuelle vers une implication pérenne des professionnels*, EHESP, 29 p.
- LECAS B., 2011, *Les préjudices liés aux soins : de la recherche de la faute à la gestion des risques*, EHESP, 62 p.
- ANDRO-MELIN A., 2017, *Structurer la direction des soins : le défi du directeur des soins pour un management durable*, 49 p.
- MILLET S., 2014, *Le management intégré de la qualité, des risques et de l'évaluation des pratiques professionnelles paramédicales : une activité de travail significative du directeur des soins dans les établissements de santé*, 57 p.

Supports informatiques

- Mathieu Delahousse, « L'erreur d'une infirmière cause la mort d'un enfant », publié le 26 décembre 2008, visité le 04 juillet 2018
<http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2008/12/26/01016-20081226ARTFIG00013-l-erreur-d-une-infirmiere-cause-la-mort-d-un-enfant-.php/>
- Panoramas de la DREES santé, « Les établissements de santé », édition 2018, /visité le 12/08/ 2108, https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es_2018_v4_web.pdf
- TURBEL L., juillet 2018, « Comment promouvoir la culture apprenante dans les établissements de santé », n° 2, visité le 02 juillet 2018, <https://managersante.com/2018/07/16/21548/>
- Le webzine de l'HAS, « Repères : pas d'erreur sur l'erreur », *Magazine des bonnes pratiques*, 14 janvier 2016, visité le 13/08/18, https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2586979/fr/reperes-pas-d-erreur-sur-l-erreur
- Rapport d'activité, PNSP 2013-2017, décembre 2017/ visité le 14 aout 2018 ; https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_d_activite_du_pnsp_2013-2017.pdf
- DREES, septembre 2011, n° 109, « *Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins - Comparaison des deux études ENEIS 2004 et 2009* », visité le 14 janvier 2018
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud109.pdf>

- LAROUZÉE J., GUARNIERI F., BESNARD D., décembre 2014, « *Le modèle de l'erreur humaine de James Reason* », 45 visité le 18 juin 2018, <https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-01102402/document>
- HAS, mars 2012, « *La sécurité des soins, mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique* », visité le 18 juin 2018, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012/04/guide_gdr_page1a64.pdf
- Couty E., « *Elaboration, négociation et suivi du projet social* », visité le 11 septembre 2018, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Elaboration_negociation_suivi_projet_social.pdf
- COUTY E., février 2013, « *Le pacte de confiance pour l'hôpital* », visité le 11 août 2018 [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte de confiance - rapport de synthese.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_de_confiance_-_rapport_de_synthese.pdf)
- FHF, juin 2018, « *qualité de vie au travail : les actions à partager, les engagements attendus* », visité le 10 août 2018, <https://www.preventica.com/actu-enbref-preconisations-qvt-etablissement-sante-270618.php>
- SHAM, 26 juin 2018, « *Qualité de vie au travail et santé des agents* », visité le 10 août 2018, <https://www.sofaxis.com/sites/default/files/publications/pdfs/2018-06-26-note-qvt-sham-bd.pdf>
- HAS, « *Les indicateurs en bref* », visité le 03 septembre 2018, https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2625243/fr/les-indicateurs-en-bref,
- INVS, rapport d'évaluation « *Expérimentation portant sur la déclaration des événements indésirables graves (EIG) liés aux soins en établissement de santé* », visité le 12 juin 2018, <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Autres-thematiques/Experimentation-portant-sur-la-declaration-des-evenements-indesirables-graves-EIG-lies-aux-soins-en-etablissement-de-sante>,
- CCECQA, « *Mesure de la culture sécurité des soins en milieu hospitalier* », version mai 2010, visité le 12 juin 2018, http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/u46/2.outilsgdr.pj-culture_securite-guide_dutilisation_030610.pdf
- BUZYN A., « *la qualité au travail au service de la qualité des soins* », in Colloque de l'ANACT-DGOS-HAS, 11 septembre 2017, Paris, visité le 09 septembre 2018, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/discours_colloque_qvt_110917.pdf,
- MINISTÈRE DE LA SANTE, « *Loi HPST : Vers une généralisation des indicateurs de qualité* », visité le 11 septembre 2018, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/hpst_qualite_securite_soins_web.pdf
- HAS, « *La certification, la qualité des soins et la qualité de vie au travail* », novembre 2013, visité le 02 juin 2018, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/qvt_reco2clics.pdf

-Manuel de certification V 2014 de la Haute Autorité de Santé, visité le 05 juin 2018,
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1732464/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-de-sante-v2010-editionjanvier-2014

-MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, « *Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail : prendre soin de ceux qui nous soignent* », 05 décembre 2016, visité le 11 aout 2018,
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sns_qvt_axes.pdf

- HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, « *Evaluation du programme national de sécurité des patients 2013-2017* », 17 mai 2018, visité le 11 septembre 2018,
<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/programme-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp/pnsp>

Liste des annexes

Annexe 1 : le modèle de James Reason

Annexe 2 : le Schéma QVT selon la HAS

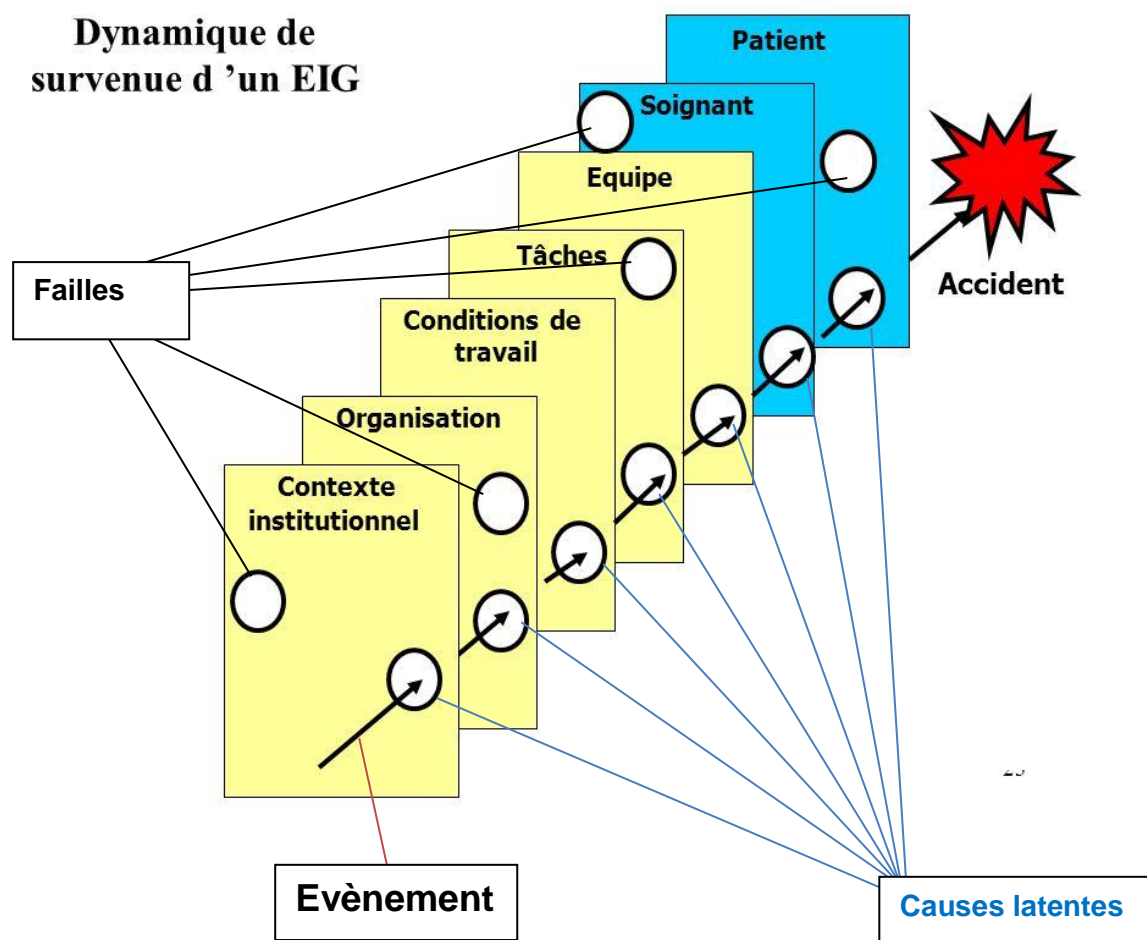
Annexe 3 : le référentiel de compétences du DS

Annexe 4 : les dix axes stratégiques pour mesurer et développer une culture sécurité

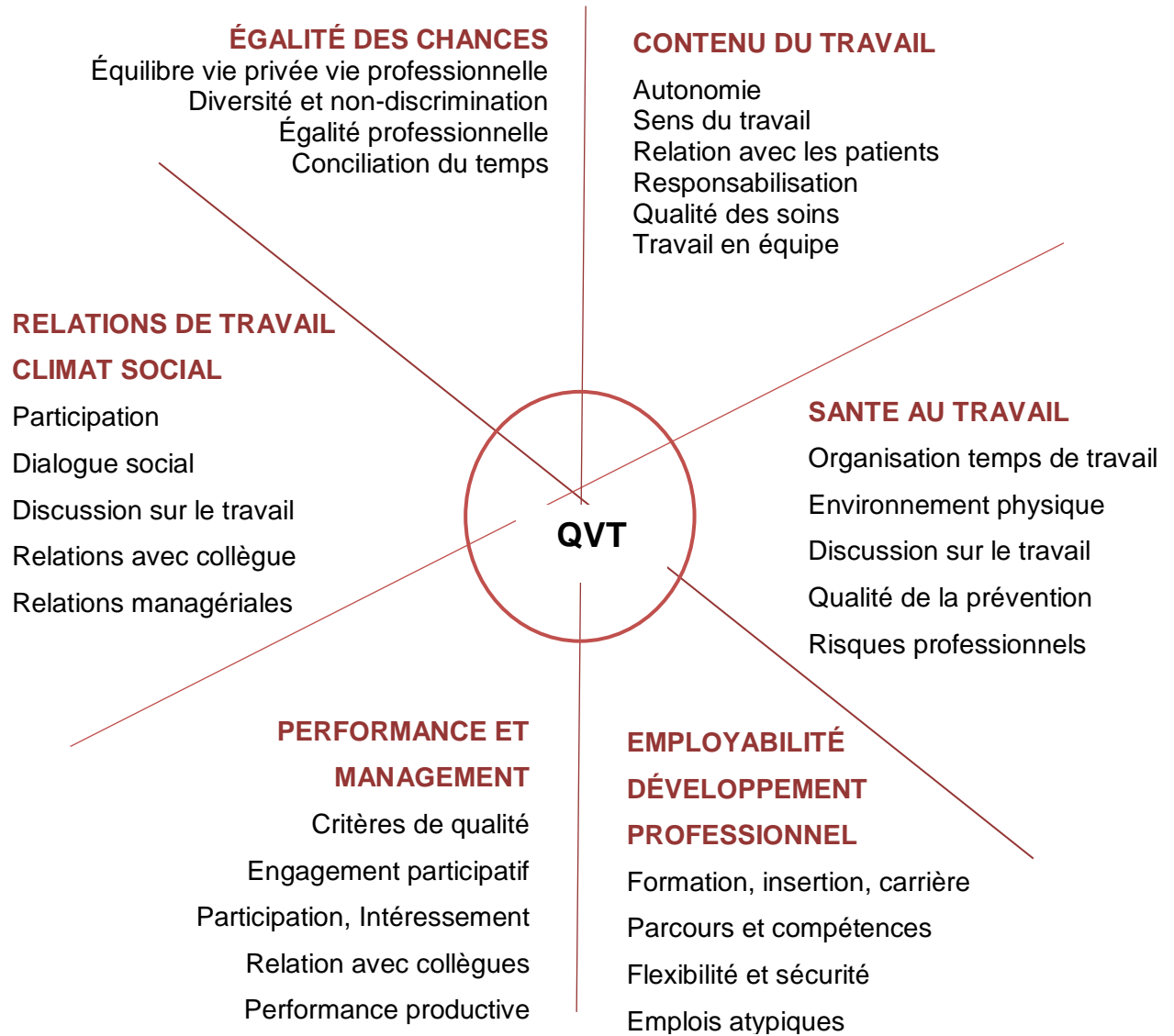
Annexe 5 : les sept points essentiels de la démarche qualité selon l'ANES

Annexe 6 : le guide d'entretien

Le modèle de James Reason



SCHEMA DE LA QVT SELON LA HAS



Annexe 3

REFERENTIEL DE COMPETENCES DU DS

1. Conception, pilotage et suivi des différents projets contribuant au bon fonctionnement de la structure
2. Structuration de l'organisation de la direction des soins, de l'encadrement et des professionnels paramédicaux
3. Identification des besoins et organisation des ressources disponibles
4. Management des équipes d'encadrement
5. Définition et conduite d'un système d'évaluation cohérent et conforme aux attentes réglementaires, institutionnelles et structurelles
6. Gestion et coordination du développement des compétences des professionnels paramédicaux
7. Impulsion d'une politique de développement de la recherche en soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
8. Contribution aux processus des décisions institutionnelles et à l'accompagnement de leurs mises en œuvre
9. Conduite des démarches de développement des partenariats pour assurer la continuité de la prise en charge de l'utilisateur

EHESP

Les dix axes stratégiques à prendre en compte pour mesurer et développer une culture sécurité⁶⁷

1. Perception globale de la sécurité

La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important, le fonctionnement et les procédures du service permettent de prévenir la survenue d'erreurs, et il y a peu de problèmes relatifs à la sécurité des soins dans le service.

2. Fréquence de signalement des événements indésirables

Sont notamment signalées : a) les erreurs détectées et corrigées avant d'avoir affecté le patient, b) les erreurs qui n'ont pas le potentiel de nuire au patient, et c) les erreurs qui peuvent nuire au patient, mais qui restent finalement sans effet.

3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins

Les supérieurs hiérarchiques félicitent le personnel quand le travail est réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins, prennent en considération les suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins, ne négligent pas la sécurité lorsqu'il faut travailler plus rapidement, et ne négligent pas les problèmes récurrents de sécurité des soins.

4. Organisation apprenante et amélioration continue

Dans le service, le personnel est informé des erreurs survenues, reçoit un retour d'information sur les actions mises en place, et discute des moyens possibles pour prévenir les erreurs. Les erreurs conduisent à des changements et l'efficacité de ces changements est évaluée.

5. Travail d'équipe dans le service

Dans le service, les personnes se soutiennent mutuellement, se traitent avec respect et travaillent en équipe. Ensemble, elles améliorent leurs pratiques de sécurité des soins.

6. Liberté d'expression

Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose qui peut nuire à un patient, et n'hésite pas à questionner la hiérarchie.

⁶⁷ HAS, <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche7.pdf>

7. Réponse non punitive à l'erreur

Le personnel n'a pas l'impression que ses erreurs et ses signalements sont retenus contre lui, ni que ses erreurs sont notées dans les dossiers administratifs.

8. Ressources humaines

Il y a suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail, le nombre d'heures travaillées est adapté à une qualité optimale des soins, et le personnel n'essaie pas de faire trop de choses trop rapidement.

9. Soutien du management pour la sécurité des soins

La direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins, elle ne s'intéresse pas à la sécurité des soins uniquement après qu'un événement indésirable se soit produit, et ses actions montrent que la sécurité des soins est la première des priorités. Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins.

10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement

Les services de l'établissement coopèrent et se coordonnent afin de fournir aux patients des soins de qualité. Il est rarement déplaisant de travailler avec le personnel des autres services. Il y a rarement des problèmes lorsque d'importantes informations concernant les soins des patients sont transmises entre les services et au cours des changements d'équipe.

Annexe 5

La démarche qualité : sept points essentiels⁶⁸

- *l'attention des clients* : écouter les besoins des patients, mesurer leur niveau de satisfaction sont des éléments indispensables ;
- *l'importance du leadership* : les actions, les axes de travail doivent être pilotés au niveau stratégique et les attentes clarifiées au plus près des professionnels ;
- *une démarche participative* : il faut une mobilisation réelle des professionnels notamment pour l'analyse de leurs pratiques dans le but d'un changement. Cette approche par processus nécessite un accompagnement dans le cadre d'objectifs clairement définis au niveau stratégique et opérationnel ;
- *une approche méthodique* : l'amélioration des processus de prises en charge repose sur l'utilisation de méthodes, d'outils formalisés ayant fait leur preuve, comme les comités de retour d'expérience (CREX), les revues morbi-mortalité (RMM), les groupes d'analyse réflexive ;
- *une approche processus, la transversalité, le pluri-professionnalisme* : Prenant en compte le fait que les prises en charge des patients sont transversales car elles engagent plusieurs professionnels, plusieurs services, l'approche par processus permet de réfléchir sur l'amélioration des pratiques par une approche décloisonnée, transversale (et non verticale) pour notamment intervenir sur les interfaces qui cristallisent souvent les liens (les relations) entre les professionnels. L'efficacité de la démarche dépend donc de la prise en compte des compétences collectives ;
- *l'amélioration continue, la résolution des problèmes et le traitement des dysfonctionnements* : la démarche s'inscrit dans un continuum permanent d'amélioration des pratiques, à partir de la prise en compte et de l'étude des dysfonctionnements quotidiens. « *La mise en place d'une démarche qualité doit conduire à une attitude systématique d'analyse et de correction des problèmes et des dysfonctionnements* ».
- *la mesure* : toute démarche passe par une dynamique d'évaluation qui permet d'objectiver les résultats, mais aussi les écarts, pour répondre aux attentes des patients, c'est également une manière de s'intéresser au travail réel, et de « *valoriser le travail accompli, de donner confiance aux professionnels et aux clients sur le maintien d'une qualité de production et d'apporter la preuve des progrès réalisés* ».

⁶⁸ ANAES, principes de mises en œuvre d'une démarche qualité dans un établissement de santé, avril 2002, pp 13- 17

GUIDE D'ENTRETIEN

Question centrale : En quoi la culture positive de l'erreur peut-être un levier managérial pour le DS au bénéfice de la qualité du travail donc de la qualité de vie au travail ?

Rappel du cadre de l'entretien

- Élaboration d'un mémoire de recherche dans le cadre de la formation des directeurs de soins
- Enregistrement de l'entretien sur demande d'accord préalable
- Anonymisation des entretiens et des résultats

Présentation de l'enquêté

- Fonction
- Ancienneté dans la fonction
- Parcours professionnel
- Mission au sein de l'établissement

Outil : la grille d'entretien ainsi réalisée peut s'appliquer à l'ensemble des professionnels interviewés :

1/ Quels sont les éléments (les indicateurs) retenus par les DS pour déterminer le seuil d'acceptabilité d'une erreur ?

- Quelle distinction faites-vous entre une erreur et une faute ?
- Pour vous, quel est le seuil d'acceptabilité d'une erreur ?
- La culture positive de l'erreur : est-ce un concept pratique (au sens de praxis) pour un établissement de santé ?

2/ Quels sont les leviers managériaux pour mettre en œuvre des organisations apprenantes ?

- Comment les éléments de déclaration des FDEI sont-ils réutilisés ?
- Comment envisagez-vous une organisation apprenante dans le contexte des établissements de santé? pensez-vous que cela soit développé au sien de votre établissement ?
- Quelle relation entre qualité et gestion des risques et compétence collective ?

3/ En quoi la politique managériale développée par le DS contribue-t-elle à l'acculturation de la démarche qualité des soignants ?

- Quel est le processus de déclaration des FEI mis en place dans votre établissement ?
- Les déclarations sont-elles anonymes ? pourquoi ?
- Quel est le taux de déclaration ? les freins ? les points forts ?
- Quel est selon vous le niveau d'acculturation des soignants dans votre établissement ? les freins ? les leviers ?
- Comment les cadres sont-ils associés au processus de déclaration ?

4/ Comment le DS peut-il accompagner le développement de la culture positive de l'erreur auprès de l'encadrement ?

- Des formations spécifiques pour l'encadrement aux différentes méthodes d'analyse d'évènements indésirables (type ORION ou ALARM) sont-elles mises en place etc...
- Quelle est la politique EPP mise en place dans les services ?

5/ Comment le DS peut-il contribuer à l'instauration d'un climat de confiance favorisant les processus de déclarations des évènements indésirables ?

- Pensez-vous que le climat social est influencé par le type de management ? en quoi ?
- Faites-vous des liens entre QVT et démarche qualité et gestion des risques liés aux soins ? pourquoi ?

6/ Comment les professionnels s'approprient la notion de QVT et de démarche qualité et gestion des risques liés aux soins ?

- Selon vous, quels sont les éléments à développer favorisant la QVT ?
- Quelle relation peut exister entre QVT et culture positive de l'erreur ?
- Faites-vous des liens entre QVT et management ?

BUSTARA

MARIA

DÉCEMBRE 2018

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2018

La culture positive de l'erreur, un levier managérial pour le directeur des soins au bénéfice de la qualité de vie au travail

Résumé :

Partant du principe que les erreurs sont inévitables, il est primordial de considérer que la sécurité d'un système repose sur leur nécessaire gestion. La culture positive de l'erreur ne peut pas se mettre en œuvre sans un management par la qualité bien traitant, et une politique de la culture juste développée par la direction. Le management, et le niveau d'acculturation des cadres à cette démarche réflexive impacte directement le développement d'une culture qualité au plus près du terrain.

Ce concept des organisations apprenantes permet de redonner du sens au travail, permet une meilleure implication des professionnels dans leur travail et favorise l'émergence des compétences collectives au bénéfice de la qualité du travail. Ce sont autant d'éléments déterminants de la QVT.

Cette approche qui s'inscrit dans le paradigme socio constructiviste peine à se développer comme l'a démontré l'enquête de terrain que nous avons réalisée auprès de deux établissements publics de santé.

De sa place stratégique, le DS doit et peut contribuer à l'appropriation des professionnels de la culture qualité centrée sur la culture positive de l'erreur au bénéfice de la QVT.

Une approche positive de la qualité, humaniste et médico-économique, qui contribue à l'efficacité et la performance de l'établissement.

Mots clés :

DIRECTEUR DES SOINS, CULTURE POSITIVE DE L'ERREUR, CULTURE JUSTE, DÉMARCHE QUALITÉ, MANAGEMENT, QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

L'École des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.