

Institut de Formation des Cadres de Santé
du CHU de Rennes

&

Université Bretagne Loire

Université Rennes 2

Centre de Recherche sur l'Éducation, les Apprentissages
et la Didactique (CREAD)

Master ITEF Parcours cadres de santé

CULTIVONS NOS ERREURS

La représentation sociale de l'erreur et le
management de la qualité des soins

Maria-Katell HERVOT épouse LE PORT

Directeur de mémoire : Jean-Yves LEBLANC

Le 23/06/2016
Année 2015 – 2016

Institut de Formation des Cadres de Santé
du CHU de Rennes

&

Université Bretagne Loire

Université Rennes 2

Centre de Recherche sur l'Éducation, les Apprentissages
et la Didactique (CREAD)

Master ITEF Parcours cadres de santé

CULTIVONS NOS ERREURS

La représentation sociale de l'erreur et le
management de la qualité des soins

Maria-Katell HERVOT épouse LE PORT

Directeur de mémoire : Jean-Yves LEBLANC

Le 23/06/2016
Année 2015 – 2016

Mes remerciements s'adressent à

Agathe, Martin et Guénoles pour leur précieux soutien, leur compréhension et leur patience durant cette année de formation,

Mes parents pour leurs encouragements,

Monsieur Jean-Yves LEBLANC, directeur de mémoire,
pour ses conseils avisés, ses encouragements, sa disponibilité
et sa bienveillance tout au long de cette initiation à la recherche,

Et à tous les professionnels interrogés
pour leur contribution à ma démarche de recherche.

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

John W. POWELL

SOMMAIRE

1. DE LA QUESTION DE DEPART A LA QUESTION DE RECHERCHE	1
2. CADRE THEORIQUE	15
3. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	43
4. ANALYSE ET INTERPRETATION.....	51
5. SYNTHESE	79
6. CONCLUSION	85

LISTE DES ACRONYMES

CDS : cadre de santé

CREX : comité de retour d'expérience

EI : évènement indésirable

EIAS : évènement indésirable associé aux soins

EIG : évènement indésirable grave

EPP : évaluation des pratiques professionnelles

HAS : Haute Autorité de Santé

Loi HPST : loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

IDE : infirmier(ère) diplômé(e) d'état

IFCS : institut de formation des cadres de santé

IFSI : institut de formation en soins infirmiers

IVG : interruption volontaire de grossesse

PNSP : programme national de la sécurité des patients

1. DE LA QUESTION DE DEPART A LA QUESTION DE RECHERCHE

Au fil du temps, les missions de l'hôpital et son organisation ont évolué afin de s'adapter aux changements de la société. En perpétuel mouvement, l'hôpital rassemble de nombreux partenaires dont la préoccupation commune est de garantir au mieux la qualité de la prise en charge globale du patient. Infirmière diplômée d'État depuis 1999, je me suis inscrite de façon dynamique dans ces évolutions.

La médecine est une activité à risque et le risque zéro n'existe pas. Des crises sanitaires ont marqué le secteur de la santé : la crise du sang contaminé, la contamination par le virus du Sida et de l'Hépatite C par exemple.

De même, le développement des techniques médicales, leur caractère de plus en plus invasif et le recours à des traitements innovants voient émerger de plus en plus d'accidents iatrogènes.

La prise de conscience massive des risques encourus par l'ensemble de la population ainsi que la médiatisation « d'affaires sanitaires » telles que les irradiés d'Epinal par exemple, a beaucoup fait évoluer les mentalités et les comportements. L'abondance et le succès de l'information médicale, des sites et forums internet, des magazines de vulgarisation favorisent l'information du grand public, à présent de plus en plus au fait sur les thérapeutiques et les pratiques.

Les risques iatrogènes, auparavant méconnus, tolérés, ou acceptés au nom de la fatalité ne sont plus du tout admis par les usagers. Ces derniers n'acceptent plus de venir à l'hôpital pour ressortir plus malades qu'en y entrant. Le patient ne se veut plus victime et se considère même comme client des services de santé. Il souhaite identifier les responsables et voir réparer les dommages subis pendant son hospitalisation. L'institution hospitalière est désacralisée.

Devant la pression des exigences de sûreté, les tutelles, la Haute Autorité en Santé (HAS) avec la certification rappellent à l'hôpital l'importance de plus en plus grandissante de mettre en œuvre une gestion des risques organisée pour assurer la sécurité des patients.

Les enjeux sont nombreux : il y a des enjeux humains (les patients, les familles, les professionnels impliqués dans un évènement indésirable), des enjeux stratégiques notamment en termes de réputation de l'établissement de santé et des enjeux économiques : les conséquences financières des évènements indésirables (EI) sont significatives dans un contexte de contrainte budgétaire.

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière introduit la certification au sein du système de santé français. L'hôpital doit améliorer ses performances.

De nombreux cadres réglementaires et recommandations de gestion des risques ont été générés : procédures, protocoles, modes opératoires, normes, documents de traçabilité...

Les objectifs sont de formaliser les pratiques pour améliorer les processus et les rendre performants au regard d'exigences spécifiées et de normes.

Il s'agit donc de limiter les risques pour tendre vers le « zéro défaut », assurer la sécurité des patients en limitant le risque de survenue d'évènements indésirables associés aux soins. L'hôpital est devenu une entreprise où la recherche de l'efficacité et de la performance est omniprésente.

Le cadre de santé (CDS) est un maillon essentiel dans cette logique. Il est le garant de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans l'unité qu'il encadre. Il doit donc évaluer la qualité des prestations en relation avec les besoins des usagers. Il doit mettre en œuvre et contrôler le respect des procédures, des normes et de la réglementation. Le cadre de santé se retrouve donc face à des directives de performance avec le souci de garantir la qualité et la sécurité des soins tout en rationalisant les moyens. Alors, lorsqu'un dysfonctionnement a lieu dans l'unité qu'il encadre, quel est le ressenti du CDS ? Comment le CDS réagit quand ce dysfonctionnement survient dans l'organisation qu'il encadre alors que son rôle est justement d'assurer son fonctionnement ?

Pour les épreuves de sélection au concours d'entrée en Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS), les candidats doivent formaliser un dossier professionnel. J'ai écrit vouloir impulser une notion positive de l'erreur et encourager les professionnels à communiquer sur les dysfonctionnements qui peuvent causer des dommages et à déclarer les événements indésirables. Mais si l'intention est louable, est-ce si aisé à mettre en œuvre dans la réalité ?

1.1. Le modèle de l'aéronautique

Dans le secteur de l'aéronautique, les erreurs peuvent avoir des conséquences catastrophiques. Pour les éviter, la profession a été incitée à repenser radicalement ses façons d'agir. C'est ainsi que la notion de non-punition des erreurs et les retours d'expérience systématiques sont apparus. Engager cette démarche de dépenalisation des erreurs n'entendait pas absoudre les fautes et l'indiscipline. Il s'agissait de garantir l'impunité aux auteurs d'écarts par rapport à des objectifs fixés sous réserve qu'ils en rendent compte. Il a fallu tout d'abord instaurer un climat de confiance entre les exécutants et la chaîne de commandement afin de leur permettre

de travailler ensemble à améliorer la sécurité des vols. Un nouveau modèle culturel s'est ainsi développé. Il est devenu possible de déroger à des règles devenues inadaptées pour les faire évoluer. La notion de culture juste s'est ainsi peu à peu répandue. Le professeur James Reason (cité dans « les cahiers de la sécurité industrielle », 2014, p. 8) définit la culture juste comme *un climat de confiance qui incite les personnes à fournir des renseignements essentiels liés à la sécurité, voire les récompenses, et qui établit une ligne de démarcation claire entre le comportement acceptable et le comportement inacceptable*. Elle a contribué à améliorer continuellement la sécurité des vols.

Alors que l'origine humaine reste le premier facteur d'accident, je constate que l'aéronautique se révèle être une organisation innovante en matière de gestion des risques en reconnaissant explicitement le droit à l'erreur et sa non punition. Et force est de constater que malgré la survenue d'accidents particulièrement médiatisés, Le transport aérien moderne est le moyen de transport le plus fiable au monde.

Je m'interroge alors sur ce qui conduit certaines organisations à parvenir à cette culture positive de l'erreur, opportunité de progrès. Comment et sur quoi repose cette dynamique ?

1.2. Une première situation vécue

Ma réflexion s'est engagée suite à la survenue d'un évènement indésirable dans la prise en charge d'une patiente hospitalisée pour une interruption volontaire de grossesse (IVG) chirurgicale dans un service de chirurgie de semaine. Ce type d'intervention est habituellement pris en charge dans le service de chirurgie ambulatoire, mais faute de place, la patiente a été hospitalisée dans le service de chirurgie de semaine, ponctuellement habitué à accueillir et prendre en charge les patientes venant pour une IVG.

Avant l'intervention chirurgicale, l'infirmier diplômé d'état (IDE) doit administrer un traitement médicamenteux. Le mode d'administration préconisé pour ce traitement est la voie jugale : c'est à dire que les comprimés doivent fondre entre l'arcade dentaire supérieure et la face interne de la joue. Cette voie d'administration est une habitude de service mais non consignée dans une procédure ni protocolisée. Cette voie d'administration permettrait une efficacité optimum du traitement tout en limitant les effets secondaires comme les diarrhées et les vomissements. Or l'IDE, en remplacement occasionnel dans le service, administre ce traitement avec un peu d'eau. Au bloc opératoire, le col de l'utérus de la patiente n'est pas suffisamment dilaté, le recours à une méthode plus invasive avec intubation après induction d'une anesthésie générale est alors nécessaire. Le médecin téléphone dans le service et

demande des explications à l'IDE qui prenait en charge la patiente avant de descendre au bloc opératoire. Il est reproché à l'IDE de ne pas avoir administré le traitement préopératoire correctement.

J'arrive sur le fait, accompagnée de la CDS du service de chirurgie ambulatoire qui accueille habituellement les patientes hospitalisées pour une IVG. L'IDE nous explique la situation et nous dit avoir été incriminée par le médecin au téléphone. La CDS qui m'accompagne est surprise que l'IDE ne connaisse pas les modalités d'administration de ce traitement, travaillant ponctuellement mais régulièrement dans ce service. Son expression, les messages non verbaux qu'elle pouvait renvoyer étaient très accusateurs. J'ai vu l'IDE très affectée, blessée et envahie par un sentiment de culpabilité et des remords. J'ai voulu comprendre ce qui s'était passé. J'ai voulu reprendre avec elle les éléments qui ont causé ce dysfonctionnement. Nous avons repris la prescription médicale : la voie d'administration du médicament n'était pas renseignée. Nous avons consulté le Vidal¹ : cette voie d'administration n'est pas précisée. Alors pourquoi culpabiliser cette IDE qui au final a respecté les règles et procédures qui étaient à sa disposition ? La réaction de l'autre cadre de santé m'a dérangée. Comment pouvait-elle être aussi accusatrice sans savoir véritablement ce qui s'était passé ?

Je me suis alors aussi sentie coupable. Qu'est-ce que j'ai raté ? Qu'est-ce que je n'ai pas mis en place ? Qu'est ce qui dysfonctionne dans l'organisation de ce service dont je suis l'encadrant ? Qu'elle est ma part de responsabilité ? Ai-je aussi renvoyé une image d'agacement face à la survenue de ce dysfonctionnement ?

A ce stade de cette situation relatée, l'erreur a été attribuée à une personne, le dernier maillon de la chaîne. Un jugement péjoratif a été porté sur l'IDE, ses compétences ont été remises en cause par le médecin au téléphone, par la réaction de la CDS qui s'étonnait de cette erreur et peut-être aussi par mon attitude. On peut dire que la soignante impliquée est devenue la seconde victime de l'erreur. Présumée responsable, elle n'a pourtant pas commis de faute, dans le sens où il n'y avait pas d'intentionnalité dans ses agissements. Elle n'avait contrevenu à aucune procédure ou règle formalisée. Cependant, elle se voit assimilée à un coupable.

Au final, la description factuelle et l'analyse des différentes étapes de cette prise en charge a postérieurement relèveront de nombreux dysfonctionnements : la patiente a été admise dans une filière d'hospitalisation qui n'est pas la filière d'hospitalisation de référence pour les IVG, l'absence de protocole pour ce type de prise en charge dans la filière d'accueil, un protocole

¹ Le Dictionnaire Vidal est un ouvrage médical français rassemblant des résumés des caractéristiques du produit de médicaments des laboratoires pharmaceutiques

imprécis, non réactualisé et ne comportant pas la voie d'administration précise... Cette analyse a abouti à la mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire. Des enseignements ont été tirés et ont permis une reconstruction collective et pluri professionnelle du parcours de soins des patientes hospitalisées pour une IVG afin de mettre en œuvre une organisation plus adaptée et sécurisée.

Cette erreur a eu un impact pour la patiente avec des conséquences réversibles. De ce fait il m'a semblé que l'impact émotionnel était atténué. Mais si le dommage avait été plus important, quelles auraient été les réactions de toutes les parties impliquées dans cette situation ?

1.3. Un entretien exploratoire

J'ai rencontré en entretien une cadre de santé formatrice en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), anciennement cadre dans un service de réanimation pédiatrique. Une véritable culture sécurité était intégrée dans ce service. Pour autant, le nombre d'incidents était relativement constant mais la mise en œuvre d'un système de prévention était efficace. Les relations de travail étaient inscrites dans un cadre de confiance. L'ensemble du personnel était sensibilisé et formé au signalement des dysfonctionnements. L'équipe soignante avait créé et personnalisé son propre outil de déclaration des événements indésirables en plus de la fiche institutionnelle. Tous dysfonctionnements ou événements porteurs de risque étaient déclarés. Chaque mois un comité de professionnels représentatif de l'équipe pluridisciplinaire se réunissait pour reprendre les événements du mois et sélectionner de façon collégiale un événement pour analyse. Le comité reprenait ensuite l'analyse de l'évènement choisi lors de la réunion précédente et choisissait les actions correctives à mettre en œuvre. Enfin, le comité assurait le suivi des actions correctives définies pour la totalité des événements analysés.

Pour la cadre de santé, cette dynamique a pu s'obtenir grâce à une réelle cohésion avec le médecin chef du service pour soutenir et adopter une approche constructive de l'erreur. La mise en place d'une telle culture a été conduite pas à pas et s'est appuyée sur la formation au fil de l'eau de l'ensemble des acteurs, quel que soit leur métier. Enfin, elle est convaincue que la pérennité de cette démarche a reposé sur l'instauration d'une routine d'équipe dans le traitement des erreurs et dans la tenue des réunions. Elle insiste aussi sur l'importance des comptes-rendus factuels et de la communication autour des actions menées. Elle ne travaille plus dans ce service à présent et s'interroge si cette dynamique d'équipe de gestion des risques perdure.

1.4. Une séance d'analyse de pratiques professionnelles

Durant la formation à l'IFCS, des séances d'analyse de pratiques professionnelles sont organisées. Deux situations professionnelles exposées ont particulièrement retenu mon attention.

1.4.1. Une première situation exposée

La première situation relatait le transfert d'un patient mineur des urgences vers une unité de chirurgie pédiatrique vers 13 heures. Un diagnostic de fracture avait été posé, nécessitant une chirurgie. Cependant les deux chirurgiens contactés par le service des urgences pour la prise en charge de ce patient refusaient de l'opérer. Les raisons invoquées pour le chirurgien orthopédiste adulte de garde étaient que le patient avait moins de 18 ans. L'autre chirurgien, orthopédiste pédiatrique prétextait que le patient avait plus de 15 ans. Ainsi ni l'un ni l'autre ne voulait prendre en charge ce patient au bloc opératoire malgré une prise en charge et un diagnostic évalués comme « urgence relative ». Face à la non-évolution de la situation dans l'après-midi, l'absence de consignes claires malgré de nombreuses relances des interlocuteurs par téléphone, la non-prise en charge chirurgicale et la rupture dans le parcours de soins du patient, la personne encadrante du service décidera de contacter l'administrateur de garde pour l'informer de cette situation. Au final, le patient sera opéré dans la soirée par un troisième chirurgien qui a pris la relève du chirurgien orthopédiste adulte de garde pendant la journée.

L'analyse de cette situation mettra en avant une mésentente entre les deux chirurgiens, une non communication entre eux ou conflictuelle, une activité très importante au bloc opératoire avec un effectif médical réduit. On relèvera aussi l'absence de procédure adaptée et claire pour la prise en charge chirurgicale des adolescents.

Cependant cette situation ne fera pas l'objet d'une déclaration d'évènement indésirable ni même d'un groupe de travail pluridisciplinaire pour proposer des actions correctives à mettre en œuvre. J'ai alors demandé à la personne encadrante du service de chirurgie concerné pourquoi aucune démarche a posteriori n'a été engagée pour éviter qu'une telle situation ne se reproduise. Elle m'a dit avoir eu envie de tourner la page, cette situation ayant été conflictuelle, chronophage, énergivore et non satisfaisante dans la qualité et la sécurité de la prise en charge de cet adolescent. Elle n'a pas souhaité utiliser une fiche de déclaration d'évènement indésirable pouvant être interprétée comme outil de règlement de compte entre professionnels. Je retiens aussi une vive émotion à la narration de cette situation professionnelle.

Je me demande alors pourquoi cette professionnelle n'a pas déclaré ce dysfonctionnement mis en lumière dans le service qu'elle encadre, alors même qu'il n'y a pas de mise en cause de personnes mais plutôt d'un défaut dans les organisations.

1.4.2. Une seconde situation analysée

La deuxième situation s'est produite dans un service de psychiatrie. Un patient est en attente de sortie définitive du service pour retourner dans son foyer de vie. Il fait une chute par maladresse du haut des escaliers extérieurs menant à une cour, devant témoins. Le patient est inconscient au sol. Il est installé en position latérale de sécurité très rapidement par un patient témoin de la chute. L'équipe soignante arrive sur les lieux et constate que le patient est inconscient, qu'il ventile correctement et qu'il présente des plaies au niveau du visage. Un des soignants contacte le faisant-fonction de cadre de santé par téléphone. Celui-ci se rend sur les lieux et contacte par téléphone le médecin réanimateur de garde comme le prévoit la procédure d'alerte en cas d'urgence et en l'absence de médecin somaticien dans l'unité. Etant donné que le patient n'est pas en arrêt cardio-respiratoire, le médecin réanimateur précise que c'est au service d'urgences d'intervenir. Le service des urgences est alors contacté et s'étonne de cette demande d'intervention mais accepte de se déplacer après que le faisant-fonction de cadre de santé relate les propos du réanimateur de garde. Un des psychiatres, présent dans l'unité de soins demande l'installation du patient sur un brancard en mauvais état et son transfert sans attendre les secours vers le service des urgences pour prise en charge rapide. De multiples examens seront réalisés au service d'accueil des urgences et révéleront plusieurs hématomes sous-duraux et des fractures maxillo-faciales. Aucune intervention chirurgicale ne sera envisagée. L'état de santé du patient se dégradera peu à peu et il décèdera dans les 48 heures. L'entourage de la victime ne demandera aucune explication. L'escalier avait déjà été identifié dangereux et une demande de sécurisation avait été faite.

A l'analyse de cette situation, il sera mis en avant une méconnaissance des procédures en cas de situation d'urgence de la part de l'ensemble des professionnels, un environnement insuffisamment sécurisé et l'usage de matériels défectueux. Pour autant, cette situation ne fera pas l'objet d'une déclaration d'évènement indésirable ni même d'une réflexion pluridisciplinaire en groupe de travail. Un accompagnement psychologique de l'équipe sera proposé mais peu de professionnels y participeront.

J'ai demandé à la personne encadrante de ce service pourquoi aucune démarche a posteriori n'a été faite pour éviter qu'une telle situation ne se reproduise. Elle évoque la mauvaise

réputation des soins psychiatriques, une certaine forme de fatalité et le manque de motivation de l'ensemble des parties impliquées pour revenir sur ce tragique accident.

Au regard de ces cas concrets relatés, je m'interroge sur les facteurs influençant l'analyse collective des évènements indésirables. Pourquoi certaines équipes ont intégré dans leur pratique quotidienne le signalement des évènements indésirables ? Existe-t-il un « environnement favorable » à la déclaration automatique des dysfonctionnements ? Qu'est ce qui permet à une équipe de passer d'une culture du silence ou de l'oubli à une logique de signalement, favorable à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ? Quels sont les obstacles à une culture positive de l'erreur ?

1.5. Les paradoxes de la qualité

Les restructurations hospitalières imposent de ne plus cumuler les moyens mais de les rationaliser dans un objectif d'améliorer la qualité des soins. Mais comment combiner des exigences qui apparaissent parfois contradictoires ? Les exigences de qualité avec les exigences de traçabilité sont parfois difficilement acceptées par les soignants parce qu'elles empiètent sur le temps passé au chevet du malade. Les discours des soignants laissent souvent transparaître un décalage entre les soins qu'ils souhaiteraient apporter et les conditions dans lesquelles ils exercent leur profession. La qualité est parfois vécue comme une application de recettes gestionnaires. Les soignants sont confrontés à des paradoxes difficiles à gérer : performance économique versus qualité.

On exige en plus une qualité totale, une satisfaction absolue, un projet d'amélioration infini... Or nul ne peut être dans le zéro défaut. Prise au sérieux, la somme de ces prescriptions idéales fabrique un monde impossible, affirme la sociologue Marie-Anne Dujarier (citée par Rousset, 2015). Les gens ne se sentent jamais à la hauteur.

Pour David Colmont² (2011, p. 35-37), le management de la qualité a tendance à ternir la motivation des soignants dans l'exercice de leur profession. Il déplore que les nouvelles règlementations imposées par les instances décisionnelles en matière de qualité dévaluent le travail des soignants. En effet, l'auteur affirme que les soignants se sentent assimilés à de simples exécutants, effectuant un travail saccadé et vivant des relations humaines dégradées : *cette rationalisation de l'acte de soin ressemble à s'y méprendre à l'organisation scientifique du travail proposée par F.W. Taylor à la fin du 19^{ème} siècle. Cette décomposition du*

²David Colmont est directeur des soins à la polyclinique du Val-de-Loire à Nevers. Son texte intitulé « le management de la qualité tuera-t-il le management des hommes a été primé en tant que premier prix du jury de la rédaction Objectifs Soins pour le 200^{ème} numéro en novembre 2011.

processus de production en une suite de tâches simples, rappelons-le, laisse peu de place à l'être humain. L'homme devient simple exécutant, machine. Pour l'auteur, la recherche de la qualité ne doit pas faire oublier l'humanité nécessaire et sous-jacente. Par ailleurs, il avance que la démarche qualité a généré une tendance à la culpabilité constante car la règle est difficile à suivre pour les soignants.

1.6. Le cadre réglementaire

La qualité et la sécurité des soins sont devenues des missions qui s'imposent à tous les établissements de santé. Dans les années 2000, devant la demande de transparence des usagers, la notion d'affections afférentes aux soins fait son apparition dans les textes réglementaires.

Ainsi, la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé spécifie dans son article 23, traduit à l'article L1413-14 du code de la santé publique que tout établissement ou tout professionnel doit signaler les événements graves associés aux soins : *Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente*³.

La réduction des événements indésirables graves (EIG) figure aussi parmi les objectifs de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (objectifs 26, 27 et 28) :

Objectif 26 : Réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels surviennent un événement iatrogène, de 10 à 7 % d'ici 2009.

Objectif 27 : réduire la fréquence des éléments iatrogènes d'origine médicamenteuse et entraînant une hospitalisation de 130000 par an à moins de 90000 d'ici 2008.

Objectif 28 : réduire de 1/3 la fréquence des éléments iatrogènes évitables à l'hôpital et en ambulatoire.

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) renforce les exigences à atteindre en cette matière.

³ Code de la santé publique - Article L1413-14

L'article 1 de la loi HPST stipule : *les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux.* Cet article est repris dans le Code de la Santé Publique (Article L.6111-2).

Le Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte dans les établissements de santé contre les événements indésirables associés aux soins s'inscrit dans ce contexte. Il définit la notion d'événement indésirable associé aux soins dans l'Article R. 6111-1 : *Constitue un événement indésirable associé aux soins tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement. La gestion des risques associés aux soins vise à prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins et, en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise.*

Les modalités d'application sont décrites dans la circulaire DGOS du 18 novembre 2011.

Enfin, Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme a lancé un programme national pour la sécurité des patients (PNSP) présenté le 14 février 2013. Il cible particulièrement les événements indésirables graves et le retour d'expérience : *axe 2 – améliorer la déclaration et la prise en compte des événements indésirables associés aux soins*, ainsi que la notion d'équipe, de culture de sécurité partagée et de formation : *axe 3 – formation, culture de sécurité et appui*⁴.

Nous pouvons donc constater que le législateur a fait de la qualité une priorité. La gestion des événements indésirables est un enjeu de santé publique en établissement de santé, porté par la législation.

⁴ Programme national pour la sécurité des patients - Février 2013

1.7. Fréquence des événements indésirables

A la demande de la Direction Générale de la Santé et de la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins, une enquête nationale a été réalisée en 2004 pour mesurer la fréquence des événements indésirables graves (EIG) associés aux soins dans les établissements de santé, leur part d'évitabilité et analyser leurs causes immédiates. Cette enquête a été rééditée en 2009 selon les mêmes principes afin de mesurer l'évolution de ces données depuis 2004.

En 2009, 374 EIG ont été identifiés au cours de l'enquête, dont 214 sont survenus au cours de l'hospitalisation et 160 sont à l'origine d'une hospitalisation. La fréquence des EIG survenus pendant l'hospitalisation est de 6,2 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation. Cela correspond à environ un EIG tous les 5 jours pour un service de 30 lits. Plus de 40 % d'entre eux (2,6 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation) seraient évitables. Par ailleurs, 4,5 % des séjours sont causés par un EIG, dont près de 60 % seraient évitables (2,6 % des séjours causés par un EIG évitable). Les EIG survenant pendant l'hospitalisation sont le plus souvent associés aux actes invasifs et les EIG à l'origine d'admissions, aux produits de santé. Globalement, les résultats de 2009 sont proches de ceux de 2004.

Ainsi, dans l'absolu, le nombre d'EIG peut sembler important. Nos organisations en milieu hospitalier ont une marge de progrès. Nous pouvons aussi dire qu'en tous les cas, le nombre d'EIG est suffisamment élevé pour que ces événements constituent une réalité non exceptionnelle justifiant leur observation et leur prise en compte pour améliorer la sécurité des soins.

Laurent Degos⁵ (2013, p. 16) annonce que dans le système de la santé, des événements indésirables sévères surviennent de façon beaucoup plus fréquente que les accidents de la route : pour frapper les esprits, les américains comparent le nombre de morts dus aux soins dans leur pays à un crash d'avion Jumbo tous les deux jours...

1.8. L'expérience d'Amy Edmondson

Amy Edmondson⁶ (cité par Bajulaz, 2012) a mené une étude auprès de personnels hospitaliers dans huit établissements différents. Cette étude a révélé qu'il y avait dix fois plus d'erreurs déclarées dans les services où les relations avec les collègues de travail et l'encadrement étaient jugées bonnes que dans les services où les relations avec l'encadrement étaient jugées

⁵ Laurent Degos a été Directeur de la Haute Autorité de Santé de 2005 à 2010.

⁶ Amy Edmondson est chercheuse en neurosciences et professeur en leadership et management à la Harvard Business School.

mauvaises. Cette étude a démontré l'impact que peut avoir le style de management sur la gestion des risques. Pour Mme Edmondson, les entreprises ont développé une culture du blâme qui n'est pas saine et qui ne permet pas d'aller de l'avant. Quand une erreur survient, les salariés vont avoir tendance à dissimuler les erreurs. Le risque est que ces erreurs se reproduisent. Si elle précise qu'il ne faut évidemment pas se réjouir des erreurs, on peut en revanche en tirer un enseignement. Les analyser permet d'améliorer la qualité du travail. Aussi elle affirme que les managers doivent créer un environnement de confiance, d'ouverture et psychologiquement « sûr » pour que les personnes n'aient plus peur de prendre des risques et ne craignent pas d'assumer leurs erreurs, celles-ci étant en effet nécessaires pour mieux progresser et faire progresser les procédés.

Je conviens donc qu'un établissement sûr n'est pas un établissement qui n'a pas d'accident. C'est un établissement qui a mis en œuvre un système de prévention efficace.

1.9. Les préconisations et programmes de la HAS

Au regard du caractère fréquent, parfois grave et souvent évitable des événements indésirables associés aux soins en établissement de santé, la HAS a développé des outils pour contribuer à assurer la qualité des soins comme par exemple les recommandations de bonnes pratiques et les vigilances. La certification des établissements de santé a progressivement élevé aussi les exigences en matière de sécurité des soins.

Selon la Haute Autorité de Santé (2014), ces avancées doivent être poursuivies car la gestion des risques *a pour but de diminuer le risque de survenue d'Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) et la gravité de leurs conséquences. C'est une démarche continue d'amélioration de la sécurité des patients.* La HAS estime que les erreurs non recueillies et non analysées ne sont pas corrigées de façon adéquate. Elles risquent donc de se reproduire régulièrement et porter atteinte à la sécurité des patients.

S'il n'est pas possible d'identifier les causes de tous les EIAS, la HAS (2015) a pu analyser plus de 47000 événements indésirables porteurs de risques, c'est à dire dont le préjudice a été évité au patient par le soignant. Le travail en équipe a été identifié dans 27 % des cas observés comme la première cause profonde.

Ainsi la HAS préconise formation, culture de sécurité et appui à la qualité et à la sécurité des soins (Axe 3 du programme national pour la sécurité des patients, février 2013, page 15) : *Le manager, qu'il soit médical, paramédical, administratif ou technique, est une clé essentielle des évolutions attendues. A travers l'engagement personnel qu'il manifeste pour la*

sécurité des patients, il est l'instigateur des changements de comportements attendus de tous dans la structure ou dans l'unité. Il fait de la sécurité des soins une priorité stratégique et favorise l'appropriation par tous des notions et valeurs essentielles. Il oriente la structure vers une culture de la qualité et de la sécurité.

L'engagement des cadres de santé est donc requis pour développer et promouvoir une culture positive de déclaration et d'analyse des événements indésirables afin de dégager des pistes d'amélioration et des mesures correctives pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

1.10. Un film documentaire de Nils Tavernier : *Que reste-t-il de nos erreurs ?*

Ce film documentaire aborde au travers de trois histoires d'enfants atteints de maladie grave, des erreurs de soins de gravité et aux conséquences différentes. Au début du film, Nils Tavernier dit : *En racontant les histoires de Nicolas, de Raphaël et de Capucine, en laissant résonner leur complexité, sans recette, ni leçon, j'ai voulu comprendre comment, malgré l'erreur, la relation entre familles et soignants peut et doit continuer.* Des questions émergent après ce film : que faire des erreurs ? Que faire pour améliorer la sécurité des soins et permettre que la confiance perdure malgré l'erreur ? Les différents témoignages des soignants (médecins et infirmiers), des parents mettent en avant qu'oser parler de cette difficile question de l'erreur et d'affronter ses peurs, participe à renforcer la confiance. Il semble possible de traverser l'erreur ensemble à condition que la parole soit libérée. Nils Tavernier finit par ce commentaire : *s'intéresser aux erreurs, toutes les erreurs même celles qui n'ont pas de conséquence, les travailler les expliquer, les décortiquer peut contribuer à les réduire.* Ce film incite donc à l'analyse de tous les dysfonctionnements et à la mise en place d'outils de management de la qualité et de prévention pour les traquer.

Dispenser des soins de qualité fait partie des engagements déontologiques de tout professionnel soignant. C'est au cœur du métier des soignants de vouloir donner des soins de qualité. L'implication dans la survenue d'un événement indésirable est toujours pénible et marquant pour un soignant. C'est une remise en cause de ses pratiques. Nous avons des représentations culturelles négatives de l'erreur, souvent associée aux notions de culpabilité, faute, mal, incompétence, bavure... C'est un écart à la norme, contraire au bon sens. Alors, jusqu'à quel point nos représentations de l'erreur influent-elles sur nos comportements relatifs à l'amélioration de nos pratiques professionnelles ? Comment réussir à dépasser une

perception négative, péjorative de l'erreur pour réussir à la considérer comme formatrice, source de réflexion, d'innovation et de progrès ? Comment le cadre de santé peut-il amener l'équipe qu'il encadre dans cette démarche critique et constructive ? Comment peut-il promouvoir une culture positive de l'erreur ?

Ces réflexions m'amènent à **cette question de recherche** :

En quoi les représentations de l'erreur qu'a le cadre de santé influencent-elles son management de la qualité des soins ?

Ce qui me conduit, en lien avec mes questionnements, à cette hypothèse :

Toute erreur, dysfonctionnement ou défaillance constitue une opportunité de progrès individuel et collectif. Le cadre de santé par son engagement et son implication dans le traitement des erreurs, va porter une culture de la déclaration des événements indésirables. En invitant les professionnels de santé de l'équipe à signaler tout incident et en réhabilitant le droit à l'erreur, le cadre de santé développera une culture de la qualité et de la sécurité des soins.

Cette hypothèse est une présomption, une proposition provisoire qu'il convient de vérifier. Il est nécessaire de la confronter à des données d'observation, la soumettre à l'épreuve des faits.

2. CADRE THEORIQUE

Ma démarche de recherche a donc comme fondement théorique le concept des représentations sociales, les notions d'erreur, de management et de la qualité.

2.1. Le concept des représentations sociales

Les représentations sociales n'échappent à aucun individu bien qu'il n'en soit pas complètement conscient. Elles sont partout, dès lors qu'il y a interaction sociale. Aussi il est important d'en comprendre le rôle et les fonctionnements.

De nombreux travaux se sont intéressés à la question des représentations. Je vais tenter de m'arrêter sur le concept de la représentation tel qu'il est défini en psychologie sociale, pouvant permettre de comprendre la problématique de cette recherche.

2.1.1. Clarification sémantique

Le mot *représentation* vient du dérivé latin « *repraesentario* », action de mettre sous les yeux, mettre devant. Ce mot est mal distingué de *présentation*, dont il est une itération dans le sens de nouvelle présentation et du verbe « *repraesentare* » où *re-* n'implique pas le redoublement mais renvoie au reflet dans l'esprit d'un objet conçu, existant en soi. Le mot s'emploie aussi couramment pour l'action de donner un spectacle en public. Le mot suit aussi le sémantisme de représenter, en désignant l'action de remplacer, dans le sens où quelqu'un tient la place d'un autre et agit en son nom⁷.

Dans son sens le plus général, la représentation d'un objet ou d'une idée est sa transcription en image, en symbole ou en signe abstrait. La représentation désigne toute réalité (objet, signe, image) qui entretient une relation de correspondance avec une autre réalité et se substitue à elle. Le dictionnaire Le Larousse précise que la représentation est *l'action de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe*.

Dans un sens étroit, en philosophie, la représentation est la connaissance d'un objet fournie à l'esprit par les sens ou par la mémoire.

En psychologie, *la représentation n'est pas une simple image de la réalité, elle est une construction de notre activité mentale. C'est une perception, une image mentale dont le*

⁷ Définition issue du *Dictionnaire Historique de la Langue Française*, Le Robert, sous la direction de Alain Rey (2000, pages 3191-3192)

*contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène du monde (etc...) dans lequel vit le sujet*⁸.

Au travers de ces définitions, des mots clés permettent d'approcher la notion des représentations sociales. Le sujet peut être un individu ou un groupe social. Un objet *peut être aussi bien une personne, une chose, un événement matériel, psychique ou social, un phénomène naturel, une idée, une théorie, etc. ; il peut être aussi bien réel qu'imaginaire ou mythique, mais il est toujours requis* (Jodelet, 1991, p. 37). La notion de perception suggère l'appropriation de cet objet par les sens ou par l'esprit. Le terme « action » renvoie à une manifestation concrète. Enfin les termes « image », « signe », « figure », « symbole » suggèrent la reproduction, la substitution, l'interprétation de l'objet.

2.1.2. Historique du concept

C'est Emile Durkheim, sociologue français, qui introduit le concept de représentation collective. Pour lui, la société forme un tout, une entité originale différente de la simple somme des individus qui la compose. Il définit donc les représentations collectives comme croyances et valeurs communes à tous les membres d'une société, intrinsèquement distinctes de l'addition des représentations de ces individus. Il fait donc apparaître la notion de contrainte sur l'individu, les représentations collectives imposant à l'individu des façons de penser et d'agir. Elles se matérialisent dans les institutions sociales au moyen de règles sociales, morales, juridiques. On retiendra de Durkheim l'idée d'une supériorité des éléments sociaux et l'emprise de la société sur les éléments individuels comme processus coercitif.

La psychologie sociale avec Moscovici va préciser et développer le concept des représentations. Il va les envisager sous une forme plus dynamique et mobile dans l'idée qu'elles circulent continuellement. Il va substituer le concept de représentations sociales à celui de représentations collectives.

Un nombre important de travaux sur les représentations a été effectué à partir des années 80. Le champ d'investigation de ces chercheurs est large. Citons pour exemple les représentations de la santé et de la maladie (Herzlich et Laplantine), du corps humain et de la maladie mentale (Jodelet), de la culture (Kaës), de l'enfance (Chombart de Lauwe) ou encore de la vie professionnelle (Herzberg, Mausner et Snyderman).

⁸ Définition issue du dictionnaire usuel de psychologie sous la direction de Norbert Sillamy (1980, page 590)

2.1.3. Définitions

Il existe un grand nombre de définitions des représentations sociales, tant il existe une variété et une complexité d'approches de ce concept.

On peut les définir comme un savoir commun à un groupe, *une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ou culturel* (Jodelet, 1989a, p. 36).

Jean-Claude Abric (2011, p. 17) définit *la représentation comme une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place.*

Je retiens aussi la définition suivante : *c'est un ensemble de croyances, d'images, de métaphores et de symboles collectivement partagés par un groupe, une communauté, une société ou une culture* (Wagner, cité par Caillaud, 2010, p. 4).

2.1.4. L'élaboration des représentations sociales

Selon Moscovici, deux processus de formation se mettent en œuvre lorsqu'une représentation se crée : l'objectivation et l'ancrage.

L'objectivation conduit à rendre réelle une structure conceptuelle par nature abstraite et formelle. Elle permet donc de rendre concret ce qui est abstrait.

L'ancrage est le processus qui suit l'objectivation et qui équivaut à l'attribution d'une fonctionnalité. Il assure l'enracinement social de la représentation.

Les représentations sociales ne se construisent pas dans un vide social, elles viennent s'ancrer dans un déjà-là, autrement dit dans un contexte socioculturel et historique. Ainsi, le paradigme des représentations sociales considère l'Histoire - la mémoire collective - comme *un arrière-fond de savoirs partagés qui.../... permet à ses membres d'interpréter et de rendre familières les données nouvelles rencontrées dans le cours de la vie quotidienne comme dans l'environnement matériel, social et mental* (Haas et Jodelet, 1999, p. 112).

2.1.5. Analyse structurale d'une représentation

Dire d'une représentation qu'elle possède une structure, c'est d'abord considérer que les éléments qui la composent ne sont pas mutuellement indépendants. C'est cette dépendance même qui établit la cohérence de la représentation que met en œuvre un groupe social donné et non une magie transcendance du sens (Rouquette et Rateau, 1998, p. 29).

Jean-Claude Abric (2011) suggère qu'une représentation est organisée autour d'un noyau central. C'est ce qui lui donne signification et cohérence.

Dans cette théorie, le noyau central remplit deux fonctions fondamentales : une fonction génératrice de sens et une fonction organisatrice.

- Dans sa fonction génératrice, le noyau central détermine la représentation au niveau de sa signification ;
- Sa fonction organisatrice détermine la nature des liens qui unissent entre eux les éléments de la représentation. Le noyau central est en ce sens l'élément unificateur et stabilisateur de la représentation, il est consensuel et collectivement partagé.

Le noyau central se caractérise comme l'élément le plus stable de la représentation car il correspond aux systèmes de valeurs et aux conditions socio-historiques des groupes. En se modifiant, c'est toute la représentation qui va se trouver modifiée. L'étude des représentations va pouvoir alors se faire autour du repérage de ce noyau central et donc permettre de comparer des représentations construites dans des contextes différents.

Autour de ce noyau organisateur, il existe des « éléments périphériques ». Moins rigides que le noyau central, ils s'agrègent autour de lui, forment un discours annexe qui entoure et protège le cœur de la représentation. Selon Abric (2011), ils ont une fonction de régulation et de défense. Ils sont en prise avec les contingences quotidiennes. Flament (1987) utilise la métaphore du « pare-choc » pour expliquer que le système périphérique absorbe les conflits entre la représentation et la réalité.

Le noyau central est très résistant au changement. Les éléments périphériques permettent l'intégration d'éléments nouveaux dans la représentation, ce qui conduit, à terme, à sa transformation.

2.1.6. Les fonctions des représentations sociales

D'après Abric, les représentations sociales ont quatre fonctions principales :

- **Une fonction identitaire** : elles permettent de définir l'identité sociale de chaque individu, en préservant la spécificité des groupes sociaux ;
- **Une fonction de savoir** : par leur contenu elles vont permettre d'acquérir des connaissances qui permettront à leur tour de comprendre et d'expliquer la réalité ;
- **Une fonction d'orientation** : elles créent des relations avec d'autres personnes fonctionnant dans le même sens et engendrent une attitude un dialogue et des opinions communes ;

- **Une fonction justificatrice** en lien avec les trois autres fonctions, elle peut intervenir a posteriori et ainsi servir à justifier nos choix, nos actes.

Les représentations sociales sont donc « le prêt à penser » des membres d'une société. Moscovici (cité par W. Doise, 1996, p. 21) dit que les représentations ont une fonction de *domestication de l'étrange*. Elles donnent aux individus des points de référence communs. On constate qu'elles ne forment pas des images neutres du monde. Les représentations proposent un jugement, une appréciation, elles impliquent une prise de position. Elles donnent une valeur positive ou négative aux choses.

2.1.7. L'évolution et la transformation des représentations sociales

Concernant les aspects structuraux, nous savons à présent que la périphérie est plus susceptible de transformation que la centralité. Le système périphérique, par les variations qu'il admet, sert justement à adapter la représentation à la situation du moment *en maintenant la signification centrale et l'intégration de l'information nouvelle sans faire apparaître un trop gros bouleversement* (Abric, 1994, p. 76). Ce processus de défense mis en place par la périphérie suggère donc qu'une représentation ne se transforme pas facilement.

Elles [les représentations] sont à la fois stables et mouvantes, rigides et souples. Stables et rigides parce que déterminées par un noyau central profondément ancré dans le système de valeurs partagé par les membres du groupe, mouvantes et souples parce que nourries des expériences individuelles, elles intègrent les données du vécu et de la situation spécifique, et l'évolution des relations et des pratiques sociales dans lesquelles s'insèrent les individus ou les groupes (Abric, 2003, p. 29). Dans ses travaux sur les transformations des représentations sociales, Flament (1994a, 1994b) insiste sur le fait qu'une représentation sociale ne se transforme véritablement que lorsque son noyau central change. Si elles finissent par changer, c'est par le contact avec des « évènements » qu'elles rencontrent dans l'histoire. Ces événements ont pour effet de modifier les pratiques.

Pour que la transformation des pratiques entraîne à terme une transformation des représentations, trois conditions doivent être remplies : *il faut que ces pratiques soient récurrentes dans la population considérée ; il faut également qu'elles soient valorisantes, matériellement ou symboliquement, ou qu'elles permettent au moins le maintien de la valeur ; enfin leurs implications doivent apparaître comme spécifiques dans l'ensemble de l'univers social. Cela signifie qu'elles ne touchent pas de manière évidente à d'autres représentations*

et qu'elles n'aient pas d'incidence sur le niveau de raison proprement idéologique (Rouquette et Rateau, 1998, p. 115).

Par conséquent, le déterminant du changement des représentations est l'évolution des pratiques. *Un changement au niveau des idées doit être inévitablement précédé d'un vécu au niveau des pratiques* (Guimelli, cité par Abric, 2011, p. 103).

D'ailleurs, dans une étude sur les représentations des infirmières sur leur rôle, Guimelli a démontré que des infirmières qui ont pris l'habitude d'effectuer des pratiques nouvelles relatives au rôle propre infirmier ont progressivement modifié le noyau central de leur représentation vers la notion de rôle propre. En revanche, les infirmières qui sont restées dans des pratiques traditionnelles telles que l'application des prescriptions du médecin conservent une représentation qui associe la fonction infirmière à un rôle prescrit.

Vouloir étudier une représentation sociale renvoie à trois questions :

Que pensent tels individus de tels objets ? Comment le pensent-ils ? pourquoi le pensent-ils ainsi ?

La première question demande l'analyse du contenu de cette représentation, c'est-à-dire identifier des croyances, des opinions, des informations que les membres d'un groupe partagent à son propos. La deuxième question renvoie à la façon dont le contenu de cette représentation est organisé, les interactions qui s'opèrent et les éléments centraux prépondérants au sein de cette représentation. Enfin la troisième question recherchera en quoi les caractéristiques des sujets permettent de comprendre la représentation sociale qu'ils partagent.

2.2. Le cadre théorique de l'erreur

2.2.1. Définitions de l'erreur

Le dictionnaire de l'académie française donne la définition suivante : le mot erreur est issu du latin *error* « action d'aller ça et là », d'où « incertitude, ignorance, erreur ». Dans son sens vieilli, il s'agit de « l'action d'errer ça et là, à l'aventure ». Dans le langage courant, l'erreur est *l'action de se tromper, de s'écarter de la vérité. C'est ce qui n'est pas conforme au vrai, au réel ou à une norme définie ; faute, méprise, confusion. C'est une action inconsidérée, voire regrettable, un défaut de jugement ou d'appréciation. Ainsi qui dit erreur dit « écart à la norme »*. Elle n'existe donc que par rapport à une norme.

Qu'est-ce qui distingue une erreur d'une faute ? Une *faute* (altération du latin *falsus*, faux), est un manquement à un devoir, à une règle morale, professionnelle, à une obligation légale ou contractuelle, à une norme. Ainsi commettra-t-on une *faute de français* (c'est-à-dire une faute *contre* l'ensemble des règles régissant notre langue), une *faute de goût* (manquement à la bienséance) mais une *erreur judiciaire*.

Erreur et faute sont des mots souvent confondus. Certains linguistes ont voulu distinguer la *faute* et l'*erreur* en intégrant la notion de conscience de la méprise. Plus globalement, la distinction reposerait sur l'idée de responsabilité. Nous sommes responsables de nos *fautes* car nous sommes censés connaître les règles, les lois qui prévalent. La notion de manquement est centrale, celui qui est en faute est fautif et par conséquent coupable. En revanche, une *erreur* est le plus souvent commise de façon involontaire, sans intention délibérée, donc de bonne foi, par inattention, par maladresse, par oubli, par ignorance.

La faute en revanche se situe toujours par rapport à un règlement écrit ou non... On savait ce que l'on devait faire, ce que l'on ne devait pas transgresser et l'on est passé outre. La faute doit donc être sanctionnée de façon juste et équitable. L'erreur est technique... La faute est comportementale... (Lang, 2003, p. 48).

Le Code pénal, dans l'article 121-3, précise qu'il n'y a de crime ou de délit qu'avec l'intention de le commettre. Toutefois il y a également délit *en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait*. L'erreur se révèle être un acte prudent et diligent mais qui se révèle malheureux. La faute est un acte imprudent, inattentif ou négligent. Le seuil entre l'erreur et la faute est donc ténu et difficile à prononcer sans analyse approfondie du contexte et des faits.

D'ailleurs, dans le dictionnaire électronique des synonymes du Crisco, le mot « erreur » est mis en relation synonymique par ordre de proximité avec faute, aberration, bévue, écart, égarement, méprise, maladresse, bêtise, sophisme, errements, fredaine, illusion, contresens, gaffe, inadvertance, inexactitude. Les représentations véhiculées par l'erreur apparaissent donc chargées de connotations négatives.

2.2.2. L'erreur en droit

Dans notre société moderne, chacun est responsable de ce qu'il fait et ne fait pas. Notre responsabilité peut être engagée parce que nous sommes libres. *La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui* (article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789). La responsabilité est un processus juridique suivant lequel chacun doit répondre des conséquences de ses actes ou de ses abstentions.

Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer (article 1382 du code civil).

La responsabilité d'un individu est engagée si trois éléments sont réunis : une faute, un dommage, un lien de causalité entre la faute et le dommage.

En droit français, on distingue trois systèmes de responsabilité :

- La responsabilité civile est l'obligation de réparer le dommage ;
- La responsabilité pénale renvoie à la punition prononcée à l'encontre de l'auteur de l'infraction ;
- la responsabilité disciplinaire se prononce sur l'aspect professionnel des fautes (sanction).

2.2.3. L'erreur dans la littérature

Le terme d'erreur pour James Reason couvre *tous les cas où une séquence planifiée d'activités mentales ou physiques ne parvient pas à ses fins désirées et quand ses échecs ne peuvent pas être attribués au hasard* (Reason, 2013, p. 31). L'erreur est indissociable de la notion d'intention, qui réunit la représentation du but à atteindre et celle des moyens à mettre en œuvre pour y parvenir.

Pour Daniel Favre (2003), l'assimilation de l'erreur à du malsain est un héritage du Moyen-Âge. C'est en effet à ce moment-là que l'on a greffé sur l'erreur, une valeur morale. L'erreur devient ce qu'il convient d'éradiquer, elle appartient au registre du Mal. *L'erreur n'est plus ce qui permet de mettre la pensée en mouvement mais le signe de l'égarement et de l'intervention diabolique.*

Pour autant, de nombreuses erreurs sont à l'origine de progrès. Laurent Degos (2013) invite à porter un autre regard sur l'erreur. Pour l'auteur, faire l'éloge de l'erreur, c'est paradoxalement, faire l'éloge de la sécurité et du progrès. Il affirme que sans l'erreur, l'humanité n'existerait pas. Le monde vivant a dépassé le stade de bactéries grâce à des erreurs

dans le déroulement de la transmission des codes génétiques, erreurs qui sont à l'origine de l'évolution. La sérendipité, fait de découvrir par hasard quelque chose d'utile ou d'agréable, est à l'origine de bien des innovations (tarte Tatin, Post-it, radioactivité, antibiotiques...). Les navigateurs du XVI^{ème} siècle croyaient atteindre les Indes en partant vers l'ouest... et ont découvert l'Amérique !

Par ailleurs, la façon de considérer l'erreur dans les processus d'apprentissage a beaucoup évolué ces dernières années. Celle-ci n'est plus considérée vide d'apport culturel. Comme le rappelle Astolfi, le sens étymologique de l'erreur est « errer ça et là ». Entendu au sens figuré, on retrouve ici le sens d'incertitude, d'ignorance, voire d'hérésie. Mais *comment ne pas errer quand l'on ne connaît pas déjà le chemin ? Si quelqu'un nous le désigne, nous pouvons bien sûr éviter grâce à lui l'errance temporaire, mais nous savons bien que la première fois que nous serons seul, nous n'éviterons pas d'avoir à nous approprier, en première personne, ce qui faisait jusque-là l'objet du guidage* (Astolfi, 1997, p. 20). Se confronter à des difficultés, à des défis, à des opinions variées, à des « errances » passagères constitue un véritable moteur pour l'apprenant qui est amené à rechercher de l'information, à s'approprier des matières scientifiques, à se questionner de façon autonome. Si à chaque erreur ou hésitation, l'apprenant se sent jugé ou contrôlé, il aura tendance à développer des comportements d'évitement afin de ne pas montrer ses difficultés. L'erreur est à considérer comme une information à prendre en compte dans le processus didactique et dans le processus pédagogique. *Apprendre c'est franchir progressivement une série d'obstacles* (Piaget, cité par Astolfi, 1997, p. 97). L'erreur doit donc être vécue comme un phénomène normal et nécessaire. Ainsi analysée et comprise, elle ne sera plus assimilée à la faute ou à l'échec. Pour Bachelard (cité par Astolfi, 1997, p. 37), l'erreur doit être considérée positivement parce que *il n'y a pas de vérité sans erreur rectifiée, parce que l'erreur n'est reconnaissable qu'après coup*.

Amy Edmondson (citée par Bajulaz, 2012) a proposé une classification des erreurs selon trois catégories :

- Les erreurs dues à l'inattention, prévisibles et évitables ;
- Les erreurs inévitables dues à la complexité de l'environnement ;
- Les erreurs imprévisibles et difficiles à prévenir même avec de l'expérience. Ces erreurs sont intéressantes en termes d'apprentissage pour donner lieu à des innovations.

2.3. Cadre théorique du management

2.3.1. Définitions

Le mot vient du terme anglais *manager* qui veut dire « gérer », « diriger » mais qui viendrait lui-même de l'italien *maneggiare* (manier) qui aurait donné en français le mot manège : faire tourner un cheval dans un manège.

Il comporte aussi des racines plus anciennes. Etymologiquement, le terme « manager » vient du latin *manus agere* signifiant agir par les mains. Puis en ont émané des mots du vieux français comme, « manage » désignant la conduite de la maisonnée. Cela nous renvoie à l'expression populaire : *une main de fer dans un gant de velours*. Cette expression image le bon manager comme une personne capable et compétente pour prendre des décisions, évaluer les situations et les compétences des personnes ressources dont elle dispose pour agir et possédant une plus ou moins grande souplesse pour voir ses objectifs aboutir.

Dans son sens originel et en se référant au dictionnaire le Littré, le mot management renvoie à la définition suivante : *art de conduire, de diriger, de manier... Voire, action de bien régler, bien disposer.*

2.3.2. Evolution du management au travers de l'histoire

2.3.2.1. Le Taylorisme

Cette notion de management a pu évoluer au cours du temps notamment depuis la Révolution Industrielle avec le passage d'une société à dominante agricole et artisanale à une société commerciale et industrielle. Un besoin d'efficacité se fait alors sentir et des travaux sur le management se constituent.

La naissance du management dans les industries a été créé par Taylor (1911) en apportant un regard scientifique sur le monde du travail, afin d'être plus productif. Pour lui les bases de l'organisation du travail se fondent sur des principes simples :

- la séparation entre le travail d'exécution et le travail intellectuel de conception : c'est la division verticale du travail ;
- l'analyse du travail et sa décomposition en opérations élémentaires : à chaque opérateur est attribuée une tâche élémentaire, la plus simple possible, afin d'automatiser et d'accélérer les gestes. C'est la division horizontale des tâches ;

- l'institution d'une rémunération au rendement qui, pour Taylor, permet la lutte contre les temps morts découlant d'une mauvaise organisation ou de la tendance spontanée des travailleurs à choisir leur propre rythme (ce qu'il appelle la « flânerie systématique ») ;
- la mise en place d'un contrôle rigoureux à travers lequel chaque geste de l'exécutant est surveillé par des contremaîtres chargés de réaliser cette activité de contrôle.

2.3.2.2. *Les apports d'Henry Fayol*

Henry Fayol (1842-1925), ingénieur français, s'est préoccupé de l'administration des entreprises et des problèmes de commandement. Il a défini cinq principes applicables selon lui à toute organisation :

- Prévoir et planifier, c'est-à-dire préparer de manière rationnelle l'avenir ;
- Organiser pour permettre de travailler, c'est-à-dire allouer les ressources indispensables au fonctionnement de l'entreprise : les matériaux, les outillages, les capitaux et le personnel ;
- Commander pour tirer le meilleur parti possible des agents qui composent l'entreprise ;
- Coordonner pour harmoniser les tâches et les efforts de chacun des professionnels ;
- Contrôler, vérifier si tout se passe conformément au programme adopté.

Ces deux modèles de l'organisation du travail (Taylor et Fayol) constituent l'approche du management directif, avec une vue très mécaniciste du travail. Le travailleur est un agent exécutant affecté à une tâche précise et répétitive. L'initiative n'est pas attendue. L'humain est considéré comme un outil. Le manager contrôle, évalue, sanctionne et l'erreur est considérée comme une faute. Ce mode de management est reconnu comme utile dans les situations d'urgence.

Stanley Milgram va démontrer au travers d'une série d'expériences comment un style directif, centré uniquement sur la production et non sur les relations humaines crée un état agentique, l'individu se sentant engagé auprès d'une autorité extérieure. Le sujet est placé dans une situation d'agent d'exécution dans laquelle il obéit aveuglément, sans aucune considération morale.

L'introduction des sciences humaines et sociales dans les théories de l'organisation du travail a mis en évidence la nécessité de prendre en compte le facteur humain tant sur le plan individuel que collectif. La recherche la plus connue est celle entreprise par Elton Mayo au sein des ateliers Hawthorne de la Western Electric Company de Chicago de 1927 à 1932. Sans rejeter le Taylorisme, il cherche les conditions d'une meilleure productivité. Ses expériences lui font découvrir que les conditions matérielles n'ont pas d'influence sur le

comportement des ouvrières (ce raisonnement a cependant des limites), et qu'en revanche l'intérêt porté aux salariés est source de motivation. La conscience de leur participation à une équipe de travail avait été déterminante. De ses expérimentations, il en déduit l'importance du climat psychologique sur le comportement des travailleurs ainsi que l'importance des modalités du commandement sur le comportement au travail en laissant plus de responsabilités aux travailleurs.

2.3.2.3. *Mary Parker Follet, « The prophet of management »*

Elle fut l'une des premières à s'intéresser à la dimension humaine dans les organisations de travail et introduit sa théorie des équipes. Elle s'intéresse à la psychologie des groupes et des équipes en situation de travail. Elle pose comme hypothèse fondamentale l'importance de la cohésion des équipes sur la productivité humaine. Elle affirme que l'équipe a une responsabilité collective concernant ses propres performances et que pour ce faire, sa coordination doit être permanente et continue. Elle pose aussi l'importance de la synchronisation du travail, tous les salariés devant participer à la définition des objectifs et des activités à réaliser. Pour Follett, chaque individu est unique, avec ses compétences, ses forces, ses faiblesses, son expérience, sa vision du monde. Cette diversité est précieuse. Pour faire fonctionner au mieux une organisation, il faut profiter au maximum des apports de chacun. Si donc, lors d'une confrontation d'idées ou d'intérêts entre deux hommes ou deux groupes, l'un des deux renonce contre son gré à ses convictions, sous l'effet, par exemple, de la contrainte physique, économique ou morale, il aura perdu la partie, mais le vainqueur aussi aura perdu, parce qu'il aurait gagné plus et plus durablement s'ils avaient réussi à trouver ensemble une solution respectant leur diversité. Elle remet donc en cause l'idée de soumission des subordonnés à une autorité absolue, préférant la mise en place d'un véritable système de répartition des responsabilités. Pour Follett, aucun individu n'est supérieur à un autre. Simplement, tous ne sont pas à la même place dans la société ou dans l'entreprise, et chacun joue son rôle, avec son propre talent, ses propres compétences. Elle préconise alors la gestion des équipes par contact direct en privilégiant la coopération horizontale. Pour traiter un conflit, elle préconise l'intégration qui sous-entend l'invention alors que le compromis ne crée rien de nouveau. L'ambition est de chercher à satisfaire les intérêts légitimes des deux parties. La plupart des idées initiées par Mary Parker Follett introduisent le concept de management intégratif.

2.3.2.4. *Kurt Lewin (1890-1947) et le leadership*

Il s'est intéressé à l'influence du leadership sur un groupe en fonction de la manière dont le leader prend des décisions, répartit les tâches, évalue le travail fait et participe à son activité. Ainsi, il identifie trois formes de leadership ou de mode d'exercice du commandement. En premier lieu, il distingue **le leadership autoritaire** qui consiste à diriger par des ordres impératifs, à imposer ses décisions en se tenant à distance du groupe. Il n'y a pas de rétroaction possible. En second lieu, il identifie **le leadership démocratique** qui propose des objectifs et des moyens. Celui-ci s'appuie sur des méthodes semi-directives visant à encourager les membres du groupe à faire des suggestions ou encore à faire preuve de créativité. En dernier lieu il pose **le leadership permissif**, « du laisser-faire » qui ne s'implique pas dans la vie du groupe et qui ne participe aux activités du groupe que si on le lui demande. Les expériences qu'il a pu mener mettent en évidence que le style de leadership appliqué influe directement sur deux dimensions : celle de la productivité et celle du climat social du groupe.

2.3.2.5. *Le modèle de Rensis Likert (1903-1981)*

Dans la continuité de Mayo et Lewin, Likert a cherché à comprendre dans quelle mesure la nature des relations entre supérieurs et subordonnés peut conduire à des résultats très différents dans un contexte organisationnel identique. Il distingue quatre systèmes de management⁹ :

- **Le système autoritaire exploiteur** : les dirigeants utilisent surtout la crainte, les menaces et les sanctions. La prise de décision est centralisée au sommet de l'organisation, sans aucune consultation des subordonnés. Il n'y a pas d'esprit d'équipe, les chefs et subordonnés sont très éloignés psychologiquement. Le manager ne fait pas confiance à ses collaborateurs.
- **Le système autoritaire paternaliste** : les managers utilisent récompenses et sanctions de façon particulièrement arbitraire. Les subordonnés ont une attitude soumise avec une faible conscience de leurs responsabilités, filtrant les informations montantes à ce que le chef souhaite entendre. Le dirigeant peut parfois prendre en considération les suggestions et critiques des collaborateurs. Le niveau de performance est singulièrement variable. Il y a une organisation informelle partiellement hostile à la poursuite des objectifs de l'organisation officielle.

⁹ Annexe 2, p. 2 du dossier des annexes.

- **Le système consultatif** : les managers cherchent à impliquer les collaborateurs avec qui ils entretiennent des relations étroites pour créer un climat fondé sur la confiance et l'échange. Les employés ont une certaine motivation, ils sont largement consultés. Le travail d'équipe est encouragé et vise l'adhésion autour des principaux objectifs de l'organisation. Cependant le système de délégation du pouvoir a certaines limites.
- **Le système participatif** : il introduit un mode de commandement non directif. Ce type de management utilise régulièrement les groupes pour prendre les décisions, pour régler les conflits, pour établir les objectifs. La participation de chacun à plusieurs groupes donne sa cohésion à l'organisation. La communication est réelle dans les deux sens.

L'apport de Likert est de sensibiliser les dirigeants au principe des relations intégrées et à la notion de participation pour l'amélioration des performances à atteindre. Pour lui, toute personne dans une organisation doit se sentir considérée et utile pour travailler efficacement. Il considère que l'efficacité au travail passe par la mise en œuvre d'une organisation par groupes de travail au sein desquels les problèmes rencontrés sont abordés et traités collectivement.

2.3.2.6. *La grille managériale de Blake et Mouton*

Robert Blake et Jane Mouton ont conçu dans les années 60 une « grille managériale »¹⁰ caractérisant différents modes de commandement dans les entreprises. Leur idée force est que le style de management d'un responsable peut se définir selon deux conceptions :

- Le degré d'intérêt porté au personnel de l'organisation,
- Le degré d'intérêt porté aux impératifs de production.

En croisant ces deux dimensions, ils ont identifié cinq grands types de management :

- **Le style 1-1 (Laisser-faire)** : le dirigeant se limite à obtenir de la part de ses subordonnés le travail nécessaire pour atteindre le résultat minimum afin de se maintenir dans l'organisation. Il retire les bénéfices du système dans lequel il évolue sans s'impliquer réellement.
- **Le style 1-9 (Social)** : l'accent est mis sur les individus. Le dirigeant a un faible souci de la production et du rendement. Il recherche avant tout la satisfaction des besoins des employés. L'objectif principal est la recherche de bonnes relations sociales, durables et

¹⁰ Annexe 3, p. 3 du dossier des annexes.

d'éviter les conflits. Il exerce peu de contrôle, ne blâme jamais et laisse les employés se diriger eux-mêmes tout en les félicitant souvent.

- **Le style 5-5 (Compromis) :** c'est un style qui repose sur des compromis entre les besoins de l'organisation (la production) et ceux des employés. La recherche de compromis et de négociation est fréquente. Ce style de gestion tente de convaincre et motiver plutôt que de diriger. Le responsable obtient un résultat adéquat, sans plus.
- **Le style 9-1 (Autocrate) :** il est caractérisé par un fort souci pour la production. L'efficacité des opérations est l'élément de préoccupation du dirigeant. Ce dernier considère l'employé comme un outil de production. Tout est planifié et contrôlé dans le moindre détail, les idées sont imposées. L'obéissance absolue est exigée avec le recours aux punitions si nécessaire. Le facteur humain n'est pas pris en considération.
- **Le style 9-9 (Intégrateur) :** il repose sur la conciliation entre les impératifs économiques et la qualité des relations interpersonnelles. L'engagement et l'adhésion du personnel sont réels, la performance humaine réalisée est élevée. Ce style crée des relations de confiance, de respect.

2.4. La notion de qualité

2.4.1. *Vision rétrospective de la qualité*

La période taylorienne a une approche très rationnelle des organisations de travail. La qualité est définie par la production de masse et confinée aux activités de contrôle et d'inspection. Dans ces conditions, la qualité n'est pas initiée par le client mais par le producteur.

L'après-guerre va être marqué par une période de forte croissance économique, le plein emploi, l'amélioration des conditions de vie et l'essor de la consommation de masse : c'est « les 30 glorieuses ». Les responsables d'entreprise prennent alors conscience du pouvoir des consommateurs sur l'activité économique. C'est dans ce contexte que Deming et Juran vont développer le concept d'assurance qualité. Il s'agit de définir le niveau de qualité que le client est en droit d'exiger vis-à-vis du fournisseur.

La crise des années 70 avec les chocs pétroliers marque une rupture fondamentale dans la croissance économique. Les conséquences principales sont une hausse du niveau général des prix. Les pratiques de consommation se modifient, la consommation de masse fait alors place à une consommation beaucoup plus sélective, à la recherche du meilleur rapport qualité/prix. Le concept de qualité totale s'impose alors progressivement.

Avec la mondialisation dans les années 90, la libération des échanges et la concurrence mondiale sont devenues une réalité. Les industriels réalisent alors que la qualité est une priorité, un enjeu stratégique et une nécessité. L'image de l'entreprise est jugée par les clients sur la qualité de ses produits et de ses services. En interne, la qualité doit dépasser la seule recherche de résultats pour miser sur la compétence, la mobilisation du personnel autour de valeurs qui placent notamment le client au centre des préoccupations.

Avec cette structuration progressive de la qualité, les entreprises ont cherché une reconnaissance de leurs efforts. Des référentiels ont été conçus et ont permis aux entreprises qui le souhaitaient d'obtenir une certification.

Ainsi, historiquement les démarches qualité ont débuté dans les entreprises industrielles. Elles ont ensuite diffusé vers le secteur des services et les organisations non marchandes (enseignement, santé, secteur social). La pression des usagers, plus avertis et donc plus exigeants, a également joué en ce sens.

2.4.2. Définitions de la qualité

2.4.2.1. Signification de la qualité

Le terme qualité a une multiplicité de sens. C'est d'abord *ce qui appartient en propre à une chose et la distingue d'une autre* (Dictionnaire de l'Académie, neuvième édition).

Dans un second sens, la qualité est le *degré d'excellence relative, valeur que l'on attribue à une chose et qui permet de la juger, de la classer par rapport à une norme de référence ou par rapport à des choses analogues* (Ibid.).

Un troisième sens définit la qualité comme ce qui *atteste qu'un produit, un service possède les caractéristiques annoncées* (Ibid.). La qualité est alors la conformité à des exigences.

La définition de l'ISO 9000 : 2000 de la qualité est *l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences* (Weill, 2001, p. 9).

L'antonyme de la qualité est le défaut. Un objet de qualité serait alors un objet sans défaut, répondant à ses spécifications.

La qualité révèle les critères attendus d'une personne, d'une situation, d'une chose. Ces critères peuvent concerner la sécurité, les normes sociales, les interactions et déterminent un ensemble de valeurs (Paillard et Jeanguiot-Pierre-Poulet, 2015, p. 307).

La qualité est une valeur relative. Elle se détermine et s'évalue toujours par rapport à une référence.

Ainsi on peut distinguer :

- **La qualité attendue** : elle correspond au niveau de qualité souhaitée par le client, au regard de ses besoins et attentes ;
- **La qualité prévue** : c'est le niveau de qualité que l'établissement souhaite atteindre au regard de ses ressources et de ses contraintes. C'est le niveau de prestation qu'il souhaite offrir à ses clients ;
- **La qualité fournie** est le niveau de qualité réellement mis en œuvre et reçu par le client ;
- **La qualité perçue** est le niveau de qualité ressenti par le client. C'est l'expression de sa satisfaction à partir de ses propres attentes.

Ainsi, selon que l'on se positionne en tant que professionnel, patient, client, organisme de tutelle ou médias (...), chacun aura sa propre conception de ce que doit être la qualité ou par défaut ce qu'est la non qualité. La qualité n'est donc pas la performance maximale mais le respect de la performance spécifiée.

2.4.2.2. *Les caractéristiques de la qualité des soins*

La notion de la qualité des soins remonte loin dans le passé, notamment avec le serment d'Hippocrate qui y faisait déjà référence.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la qualité des soins comme la capacité de *garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins* (1992). Cette définition introduit la notion d'efficience.

La définition la plus largement reconnue et utilisée vient de l'Institute of Medicine des Etats-Unis qui définit la qualité comme étant *la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment* (1990). A noter que cette définition n'intègre pas de notion des ressources employées.

La JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization)¹¹ définit les soins de qualité comme étant :

- Efficaces et conformes aux normes scientifiques admises par les plus hautes autorités en la matière ;
- Appropriés, sachant que des soins efficaces peuvent ne pas être appropriés dans certains cas ;
- Sécurisés, comportant le minimum de risque ;
- Les moins coûteux à qualité égale ;
- Accessibles et acceptables par les patients.

Une définition simple de la qualité des soins a été proposée par l'AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)¹² :

- Soins dont on a apporté la preuve qu'ils fonctionnaient.
- Soins qui répondent aux besoins et aux préférences des patients.
- Soins qui protègent les patients d'erreurs et de dommages.

Pour Donabedian (cité dans le Rapport CCEQA – ANAES, 2004, p. 23), *un soin de grande qualité est un soin qui assure le mieux possible le bien-être du patient, après que celui-ci a pu juger des relations entre les gains espérés et les risques inhérents au soin lui-même.*

Au travers de ces différentes définitions, il apparaît que la notion de qualité en soins est aussi multidimensionnelle et varie en fonction des auteurs et du contexte culturel.

2.4.3. Les principes du management de la qualité

Le management de la qualité est un ensemble de méthodes et de pratiques visant à mobiliser tous les acteurs de l'entreprise pour la satisfaction durable des besoins et attentes des clients au meilleur coût (Détrie, 2001, p. 22). L'organisme de référence en matière de qualité est l'ISO (International Organization for Standardization). C'est une organisation non gouvernementale qui fédère des organismes nationaux de normalisation. Elle est éditrice de normes internationales. La famille des normes ISO 9000 définit les divers principes du management de la qualité et s'adresse aux organismes de tous types et de toutes tailles, pour

¹¹ Organisme indépendant qui certifie les meilleures institutions hospitalières aux États-Unis

¹² Annexe 1 du guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de la qualité des soins, HAS, septembre 2012.

tout secteur d'activité. Les principes de management de la qualité sont un ensemble de règles, de valeurs, de normes et de convictions fondamentales considérées comme justes et susceptibles de servir de base au management de la qualité.

Les sept principes du management de la qualité **selon la norme ISO version 2015** sont :

1. **L'orientation client** : les organismes dépendent de leurs clients. Il convient donc de comprendre leurs besoins actuels et futurs, de satisfaire à leurs exigences et d'aller au-devant de leurs attentes.
2. **Le leadership** : les dirigeants établissent la politique, la stratégie, la finalité de l'organisme. Pour atteindre les objectifs, les dirigeants doivent créer un environnement et des conditions dans lesquelles le personnel peut pleinement s'impliquer.
3. **L'implication du personnel** : pour gérer un organisme de façon efficace et efficiente, il convient de respecter et d'impliquer l'ensemble du personnel à tous niveaux. Un personnel compétent et impliqué est essentiel pour créer et fournir de la valeur à l'organisme.
4. **L'approche processus** : un résultat escompté sera obtenu de façon plus efficace et efficiente si les activités sont gérées comme des processus.
5. **L'amélioration** : le succès d'un organisme repose sur une volonté constante d'amélioration de la performance globale.
6. **La prise de décision fondée sur des preuves** : les décisions fondées sur l'analyse de données et d'informations conduisent à une plus grande objectivité et à une plus grande confiance dans la prise de décisions.
7. **Le management des relations avec les parties intéressées** : la gestion des relations avec les parties intéressées pertinentes permettent d'obtenir des performances durables.

Philip Crosby (1986) propose un programme du management de la qualité reposant sur :

- **L'engagement de la Direction** : celle-ci doit être convaincue du besoin de l'amélioration de la qualité et exprimer clairement son engagement notamment par un document écrit définissant la politique qualité de l'entreprise ;
- **Les équipes d'amélioration de la qualité** : La Direction doit mettre en place dans chaque entité de l'entreprise une équipe chargée de superviser l'amélioration de la qualité. Son rôle est d'évaluer ce qui est nécessaire à mettre en œuvre dans le respect de la politique générale de qualité de l'entreprise ;

- **La mesure de la qualité** : afin d'identifier les besoins d'amélioration, des indicateurs qualité sont à mettre en place ;
- **L'évaluation du coût de la non-qualité** : une estimation des coûts de non-qualité est faite de manière à identifier les zones prioritaires ;
- **La prise de conscience des nécessités de la qualité** : les personnels doivent être amenés à mesurer l'importance du respect des spécifications, le coût des non-conformités. Ces messages doivent être véhiculés par leurs responsables immédiats ;
- **Les actions correctives** : les opportunités pour les actions correctives doivent être véhiculées par les responsables immédiats. Les problèmes doivent être traités au sein de l'équipe si possible ou pour un traitement de plus grande ampleur en sortant du cadre du groupe de résolution ;
- **La planification du zéro défaut** : un comité « zéro défaut » sera créé et mettra en place, un programme « zéro défaut » approprié aux besoins de l'entreprise et à sa culture ;
- **Formation des responsables et des contremaitres** : les responsables doivent être formés pour implanter à leur niveau le programme global d'amélioration de la qualité ;
- **La journée « zéro défaut »** : une journée « zéro défaut » doit être programmée pour sensibiliser l'ensemble des personnels de l'entreprise aux nouveaux standards de performances ;
- **La définition des objectifs** : chaque responsable doit définir avec les membres de son équipe des objectifs spécifiques à atteindre pour eux-mêmes et pour leur groupe dont le résultat est mesurable. Ces objectifs peuvent être portés à la connaissance de tous et des réunions régulières pourront en apprécier les progrès ;
- **Eliminer les causes d'erreurs** : chaque employé se doit d'informer son responsable immédiat de toute anomalie ou problème pour traiter une tâche. Les problèmes signalés doivent recevoir une réponse du management dans les 24 heures ;
- **Montrer de la reconnaissance** : des incitations publiques et non financières doivent être données à ceux qui atteignent leur objectif de manière régulière ;
- **Un comité qualité** : les experts qualité et toutes personnes motivées par la démarche de progrès doivent se rencontrer régulièrement afin d'échanger idées et expériences ;
- **La poursuite permanente de l'action** : l'ensemble des points précédents doit être repris régulièrement pour mettre l'accent sur l'amélioration continue de la qualité. C'est aussi dans l'objectif de renouveler l'engagement des anciens employés et introduire les derniers arrivés dans le process.

2.4.4. La maîtrise technique et méthodologique de la qualité

Elle repose sur trois facteurs : *chaque tâche est accomplie par une personne (ou un groupe de personnes) qui doit mettre en œuvre la technique avec méthode* (Cruchant, 1998, p. 49). Elle s'appuie aussi sur un mécanisme de prévention, de mesure (ou évaluation) et de correction.

La prévention vise à empêcher l'apparition d'anomalies.

La correction vise à éliminer les causes d'anomalies constatées pour éviter leur renouvellement. Ainsi la maîtrise de la qualité doit s'orienter vers la prévention afin de réduire les besoins de correction.

Pour qu'il y ait amélioration de la qualité, il faut que la qualité fournie se rapproche au plus près de la qualité prévue, que la qualité prévue corresponde à la qualité attendue et que la qualité perçue soit identique à la qualité attendue. Cette boucle de la qualité est donc une dynamique sans fin.

2.4.4.1. L'amélioration continue

Le principe d'amélioration continue de la qualité est généralement symbolisé par une « roue de Deming ». Elle résume les principes essentiels de l'amélioration.

Ce cycle, également nommé modèle PDCA, comporte quatre étapes. Chacune entraîne l'autre et génère un cercle vertueux.

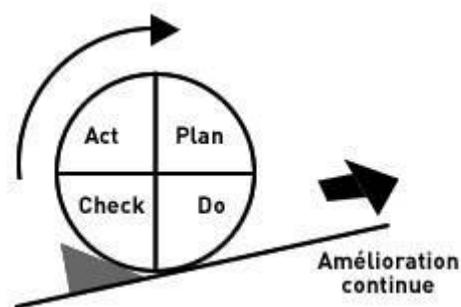


Figure 1 : Roue de Deming

- « P » pour « plan » : planifier ce que l'on va faire. Cette étape consiste à fixer les objectifs, prévoir les ressources, définir l'organisation, l'échéancier ;
- « D » pour « do » : faire ce qui a été défini. Cette étape consiste à mettre en œuvre les actions définies et jugées pertinentes ;

- « C » pour « check » : mesurer, contrôler, vérifier. Cette étape consiste à mesurer l'efficacité des mesures entreprises et de comparer les résultats obtenus aux objectifs définis ;
- « A » pour « act » : réagir, améliorer. Cette étape consiste à corriger les écarts, prendre les mesures correctives pour arriver au résultat et améliorer constamment le système. Ceci conduira à un nouveau projet à réaliser et ce sera le début d'un nouveau cycle.

La cale de la roue symbolise les règles de l'assurance de la qualité. Elles fixent la qualité à un niveau d'exigence de résultat. Sans cette cale, la roue pourrait descendre au bas de la pente.

2.4.4.2. *Le modèle de James Reason*

James Reason¹³ a décrit une nouvelle approche de la gestion des risques. Il est à l'origine du modèle « Swiss cheese model » (ou modèle du fromage suisse ou modèle des plaques)¹⁴. Son modèle est universellement connu pour interroger les causes systémiques profondes des événements indésirables. Pour Reason, un accident provient toujours d'une succession de défaillances du système. Ce modèle propose donc d'aller au-delà des circonstances immédiates de l'accident et d'investiguer les causes plus profondes qui ont contribué à la survenue de cet événement indésirable.

Pour qu'il y ait un accident, il faut qu'il y ait des « trous », des failles dans les défenses et les barrières de sécurité du système. Un accident se produit quand des défaillances s'organisent et se cumulent de manière singulière. L'alignement des trous sur plusieurs tranches de gruyère successives illustre la propagation et l'amplification d'un événement indésirable. Quand la propagation n'est pas freinée, il y a accident. Pour éviter un accident, il suffit souvent qu'une seule des « faiblesses » située sur l'un des niveaux de sécurité soit supprimée. Pour Reason, il faut donc se focaliser et surveiller proactivement les barrières pour traquer les erreurs latentes du système.

On retient donc de ce modèle trois idées essentielles en matière de sécurité :

- Toute personne qui travaille fait des erreurs. Ces erreurs involontaires sont l'expression inéluctable de tout travail humain. On parle d'erreurs patentes.
- La sécurité repose sur des « défenses en profondeur ». Ce sont les barrières de sécurité (normes, contrôles, procédures) qui permettent de diminuer voire d'annuler les conséquences des erreurs.

¹³ James Reason est professeur anglais de psychologie.

¹⁴ Annexe 1, p. 1 du dossier des annexes.

- Il faut aussi porter une attention à l'organisation globale du travail, sa conception, le management. Ce sont les erreurs latentes, plus difficiles à appréhender qui vont peser indirectement sur le système.

2.4.5. Les outils de mesure de la qualité

2.4.5.1. Les enjeux

Tout défaut important peut entraîner des enjeux fonctionnels ou opérationnels. Les accidents ou incidents provoqués par des défauts de conception ou des erreurs d'utilisation peuvent avoir des répercussions humaines et sociales. La non-qualité génère aussi des enjeux économiques.

2.4.5.2. Les outils

La qualité peut se mesurer grâce à différents outils.

➤ **Outils permettant d'obtenir des éléments de connaissance d'ordre qualitatif :**

- **L'audit interne** : c'est un processus méthodique, indépendant et documenté permettant d'obtenir des preuves d'audit et de les évaluer de manière objective pour déterminer dans quelle mesure les critères d'audit sont satisfaits (norme ISO 9000 : 2000, cité dans Weill, 2001, p. 111). Il permet d'apprécier un écart par rapport à une situation donnée, en se basant sur un référentiel et/ou des critères prédéterminés ;
- **L'auto-évaluation** : c'est l'évaluation par l'exécutant lui-même du travail qu'il a accompli au regard de règles spécifiées (check-list par exemple) ;
- **La revue de direction** : c'est un outil de management interne qui permet d'évaluer le fonctionnement du système de qualité pour envisager des mesures correctives, préventives et de réorienter la politique et les objectifs qualité ;
- **Les enquêtes de satisfaction** : ce sont des outils de mesure de la qualité perçue par le client. Il y a une part de subjectivité car ces enquêtes sont liées à l'affect et au ressenti du client ;
- **Le recueil des événements indésirables (EI)** : la Haute Autorité en Santé définit les événements indésirables associés aux soins comme *des événements inattendus qui perturbent ou retardent le processus de soin, ou impactent directement le patient dans sa santé. Ces événements sont consécutifs aux actes de prévention, de diagnostic ou de*

*traitement. Ils s'écartent des résultats escomptés ou des attentes du soin et ne sont pas liés à l'évolution naturelle de la maladie*¹⁵.

On distingue les incidents et les accidents. Un incident n'occasionne qu'un dommage minime, à la différence d'un accident, dont la gravité est bien supérieure et peut même être majeure. À l'inverse, certains EI ne sont qu'une alerte car ils ne produisent aucun dommage : il s'agit d'évènements sentinelles ou « presque accidents » dont la gravité est nulle ou minime mais qui avertissent très utilement. Ce sont des signaux d'alerte.

➤ **outils permettant d'obtenir des éléments de connaissance d'ordre quantitatif : les indicateurs**

L'indicateur est un instrument de mesure objective d'un phénomène. Il va constater un résultat par rapport à un objectif à atteindre ou à un besoin d'un client. C'est un chiffre qui répond à la notion de mesure au sens mathématique.

Il existe différents types d'indicateurs :

- des indicateurs de structures : ils représentent les moyens humains, les équipements et les ressources financières ;
- des indicateurs de processus : ils renseignent sur l'ensemble des activités à mettre en œuvre pour atteindre un objectif déterminé, sur une période déterminée ;
- des indicateurs de résultats : ils vont apporter une mesure directe en termes d'efficacité, de satisfaction, de sécurité et d'efficience.

➤ **La certification**

L'AFNOR définit la certification comme *une activité par laquelle un organisme reconnu, indépendant des parties en cause, donne une assurance écrite qu'une organisation, un processus, un service, un produit ou des compétences professionnelles sont conformes à des exigences spécifiées dans un référentiel*¹⁶.

L'accréditation des établissements de santé français, publics et privés a été rendue obligatoire par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996. Cette dénomination évoluera vers le terme de « certification » en 2005. L'article L710-5 précise qu'*afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'accréditation.*

¹⁵ www.has-sante.fr

¹⁶ <http://www.afnor.org/metiers/certification/enjeux>

Cette procédure évalue le niveau des prestations et des soins délivrés aux patients. Elle examine aussi la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements. Cette démarche s'appuie sur des référentiels pour évaluer ce qui est fait et définir des axes d'amélioration.

Monnot (2014) souligne qu'*il s'agit d'une démarche qui vise à améliorer la qualité et donc à satisfaire les besoins des clients, dont les patients. La certification ne doit pas être vue comme une étape de la démarche qualité, étape visant à apporter une reconnaissance externe de la qualité des soins dans un établissement de santé.*

2.4.6. Manager la qualité des soins

2.4.6.1. Le modèle de Donabedian (1988)

Pour évaluer la qualité des soins médicaux, il faut d'abord éclaircir un mystère : la définition même de la qualité. Il reste à voir si cela est réalisable en effilochant patiemment ses nombreux fils ou s'il faut, en désespoir de cause, utiliser une épée pour trancher le nœud gordien (Donabedian, 1980 [Traduction], cité dans l'enquête de qualité dans les soins de santé canadiens : amélioration continue de la qualité).

Donabedian évalue la qualité des soins selon trois éléments :

- **L'évaluation des structures**, c'est-à-dire les données d'entrée des processus de soins. Il les nomme les « input ». Ce sont les différents moyens en quantité et en qualité mis en œuvre ou utilisés pour permettre à un établissement de santé de délivrer des soins (dotation en personnels, qualifications de ces derniers, équipements, appareils, locaux) ;
- **L'évaluation des processus de soins** : ce sont les soins à proprement parler et la gestion de leur délivrance. C'est la façon dont les ressources sont utilisées.
Donabedian distingue trois niveaux d'analyse des processus de soins : l'existence de procédures écrites, le caractère approprié des procédures et le degré d'application des procédures existantes.
- **L'évaluation des résultats des soins** : ce sont les conséquences des soins en termes d'état de santé d'un patient ou d'une population et de résultats financiers pour l'établissement de santé.

2.4.6.2. *Les indicateurs de la qualité des soins*

La HAS retient huit indicateurs de qualité des soins (2012, guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins) :

- **L'efficacité des soins** : *soins prodigués permettant de restaurer et de maintenir la santé ;*
- **Des soins adéquats** : ils sont caractérisés par la capacité des professionnels à s'appuyer sur *les dernières connaissances scientifiques disponibles pour prodiguer des soins appropriés à la situation clinique du patient ;*
- **La sécurité des soins** : elle repose sur des professionnels qui *prévoient et mettent en place des mesures afin de protéger les patients d'évènements indésirables associés aux soins, ou d'en réduire les conséquences ;*
- **L'efficience des soins** : elle consiste à fournir les meilleurs soins, pour obtenir les meilleurs résultats, au meilleur coût ;
- **L'équité** : elle correspond à des soins donnés de façon appropriée et impartiale à chaque patient. Elle ne signifie pas l'égalité devant les soins ;
- **Des soins accessibles** : *les usagers doivent avoir accès aux soins dont ils ont besoin, au moment opportun, quels que soient leur lieu d'habitation, leur handicap ou leurs ressources financières ;*
- **Des soins associant le patient** : ils *tiennent compte des préférences, des attentes, des besoins et des valeurs du patient et lui sont expliqués ;*
- **Des prises en charge et des soins continus**, *coordonnés entre les différents professionnels.*

2.4.6.3. *La mise en place d'actions correctives et préventives*

La sécurité ne repose pas uniquement en une analyse des incidents qui se sont produits. Il est également essentiel d'identifier des risques potentiels qui pourraient se produire afin de les empêcher ou de limiter leur survenue.

Selon le guide « Solutions pour la sécurité des patients » (HAS, 2012), l'EI est une *situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages. Il existe plusieurs types d'évènements indésirables : les dysfonctionnements (non-conformité, anomalie, défaut) les incidents, les évènements sentinelles, les précurseurs, les presque accidents, les accidents.*

Un évènement indésirable lié aux soins est considéré comme grave s'il a entraîné une hospitalisation, une prolongation d'hospitalisation d'au moins un jour, un handicap ou une

incapacité à la fin de l'hospitalisation, ou encore s'il est associé à une menace vitale ou à un décès, sans qu'il en ait été nécessairement la cause directe (2005, Etude ENEIS).

Une hiérarchisation des risques peut être établie en fonction de la fréquence de leur survenue et de la gravité de l'évènement. Elle est définie en fonction de la criticité du risque mais aussi de son évitabilité, son acceptabilité et son coût.

Plusieurs outils de résolution de problèmes peuvent être utilisés en combinant deux approches.

- **L'approche dite a priori** permet d'anticiper au maximum la survenue d'événements indésirables éventuels, en se demandant ce qui pourrait mal se passer. Il s'agit donc d'une démarche préventive qui consiste à évaluer et à anticiper des risques. Différentes démarches et méthodes sont référencées telles que l'analyse de processus et de ses points critiques, l'AMDEC (Analyse des modes de défaillances, de leurs effets et de leur criticité), la cartographie des risques, la visite de risques, l'analyse de scénario...
- **L'approche dite a posteriori** (ou réactive) permet une recherche des causes après des incidents ou accidents. Des méthodes d'analyse des causes profondes sont particulièrement connues : la méthode ALARM¹⁷ basée sur le modèle de James Reason ou la méthode ORION^{®18}, l'arbre des causes, la revue de morbidité mortalité, le retour d'expérience...

2.4.6.4. *Qualité des soins ou du soin*

Pour W. Hesbeen, (2006, p. 92-95) *l'accueil, l'écoute, la disponibilité et la créativité des soignants, combinés à leurs connaissances de nature scientifique, et habiletés techniques, sont déterminants essentiels d'un soin de qualité*. Mais devant la polysémie du terme « soins de qualité », il précise que *le soin n'est pas à confondre avec les soins et l'excellence de la pratique des soins, pour nécessaire qu'elle soit, n'indique en rien la pertinence du soin porté à la personne à qui se destinent ces mêmes soins* (2012, p. 2-3). En effet on peut soigner une personne, lui administrer des actes de soins de qualité sans prendre véritablement soin de la personne concernée. Pour Hesbeen, le soin procède d'une attention particulière vers un être

¹⁷ Acronyme de « Association of litigation and risk management ». C'est une méthode d'analyse systématisée des EI.

¹⁸ La méthode Orion® est fondée sur l'expérience de l'aéronautique. C'est une méthode d'analyse systémique en six étapes : (I) collecter les données, (II) reconstituer la chronologie de l'évènement, (III) identifier les écarts, (IV) identifier les facteurs contributifs et les facteurs influents, (V) proposer les actions à mettre en œuvre, (VI) rédiger le rapport d'analyse.

humain : *une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et pour son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celle-ci. Elle procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci. Elle s'inscrit dans un contexte politique, économique et organisationnel aux orientations, moyens et limites pertinentes et clairement identifiés* (Hesbeen, 2002, p. 55).

3. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Je vais décrire dans cette partie la méthode utilisée pour tenter de répondre à ma question de recherche. Je traiterai tout d'abord du choix de la méthode et les raisons qui l'ont motivée. Je présenterai ensuite le champ de l'analyse. Puis je détaillerai l'outil d'investigation retenu.

3.1. Choix de la démarche

Au départ de mon travail de recherche, je savais que je voulais traiter du thème de l'erreur associée aux soins. C'est un sujet qui m'intéresse et il existe une littérature importante sur le sujet. Ayant participé à un comité de retour d'expérience (CREX) sans véritablement connaître la méthodologie de cet outil, j'ai été convaincue de leur efficacité certaine pour la sécurité des soins. Cependant, je ne percevais pas comment bien définir la problématique de ma recherche, le sujet étant très vaste. Je souhaitais réaliser un travail utile, débouchant sur des propositions mais j'avais le sentiment de me perdre avant même d'avoir réellement débuté mon travail. J'ai alors lu une grande quantité de livres et articles en espérant y trouver la matière pour circonscrire le sujet et l'objectif de mon travail. L'abondance d'informations m'a un peu encombré l'esprit. J'ai eu la sensation de tourner en rond. Je suis alors repartie de ma situation de départ qui a fondé mon intérêt pour le sujet. J'ai entamé une démarche réflexive en tâchant de prendre la hauteur nécessaire vis-à-vis de cette situation tout en mettant de côté mes préjugés et certitudes. C'est ce qui m'a permis d'avancer et de clarifier l'orientation que je voulais donner au présent travail de recherche.

J'ai ensuite effectué un entretien exploratoire avec un professionnel de santé pour confronter mes idées à une réalité professionnelle et peaufiner mon regard sur le terrain.

La méthode de recherche que j'ai alors choisie est la démarche hypothético-déductive. J'ai en effet choisi de partir d'une situation vécue et de l'explorer car j'avais une préoccupation de compréhension. Je l'ai ensuite reliée à un certain nombre d'éléments contextuels et de phénomènes en lien avec cette situation de départ. Progressivement une question de recherche a émergé ainsi qu'une hypothèse que j'ai mise à l'épreuve des faits par l'observation.

3.2. Champ de l'analyse

Ma question de recherche questionne les représentations sociales de l'erreur des cadres de santé et leur impact sur leur management de la qualité. Toute la difficulté de ce questionnement est de ne pas induire et collecter des réponses pré établies.

3.2.1. Choix de terrain et population étudiée

Pour répondre à mon questionnement de recherche, j'ai choisi d'interroger des cadres de santé. Au départ, je souhaitais interroger des cadres de santé travaillant dans des secteurs de soins à haut risque de survenue d'erreurs tels que les services de réanimation, de chirurgie ou les blocs opératoires. Cependant, j'ai réalisé que l'erreur pouvait survenir dans tous les secteurs de soins. C'est pourquoi mon champ d'étude s'est porté sur des cadres de santé travaillant dans des services de médecine et de chirurgie.

J'ai fait le choix de restreindre les entretiens dans un seul établissement de santé. Ce choix s'est justifié d'une part par la proximité de l'établissement par rapport à mon lieu de formation. D'autre part, ne travaillant pas dans cet établissement, il m'apparaissait essentiel de ne pas connaître les cadres de santé interrogés pour éviter des non-dits par évidence et pour ne pas biaiser le caractère objectif de l'analyse.

De plus, rencontrer des cadres travaillant dans un même établissement de santé me permettait d'interroger un corpus répondant à une stratégie institutionnelle commune de gestion des risques associés aux soins.

Afin de réaliser cette enquête, j'ai sollicité l'autorisation de la directrice-coordinatrice générale des soins de l'établissement de santé. Cette dernière m'a demandé ma grille d'entretien. Pour définir le panel de cadres de santé de ce travail de recherche, je n'avais ciblé aucun critère d'âge, de sexe, d'ancienneté dans la fonction ni dans la prise de fonction au sein du service occupé au moment de l'entretien. Elle m'a donné son accord de principe et m'a orientée vers des cadres de santé susceptibles de correspondre au profil recherché. Cependant, ces derniers travaillant dans des secteurs à haut risque de survenue d'erreurs ou ayant une expertise et des savoir-faire méthodologiques dans les domaines de la qualité des soins, j'ai souhaité m'affranchir de cette liste obtenue par l'entremise de ce tiers institutionnel. J'ai alors établi un panel en sélectionnant deux cadres de santé conseillés par l'institution et quatre autres cadres de l'établissement travaillant dans des services de médecine ou de chirurgie pour tenter de tendre vers une neutralité. J'ai alors consulté l'annuaire professionnel sur le site intranet de l'établissement de santé et effectué une sélection de quatre cadres de santé.

Au final, j'ai rencontré trois cadres de santé exerçant dans des services de médecine, un cadre de santé travaillant dans un service de chirurgie, un cadre de santé du service des urgences et un cadre de santé travaillant au bloc opératoire.

La prise de contact s'est faite par mail. J'exposais ma situation d'étudiante à l'IFCS et la réalisation de mon travail d'initiation à la recherche dans le cadre de mon mémoire. Je précisais que le thème de celui-ci abordait le management d'une équipe de soins au quotidien. Il me semblait important de rester suffisamment vague et de ne pas aborder le thème de la qualité et de la gestion des risques pour ne pas biaiser les entretiens. J'annonçais aussi une durée d'entretien de 45 minutes pour m'assurer que l'enquêté pourrait se libérer.

Ce premier contact par mail donnait la possibilité aux cadres de santé sollicités d'accepter ou de refuser l'entretien. C'était un élément important pour moi afin de récolter abondance et qualité de matériaux. Un cadre de santé contacté par mail ne m'a pas donné réponse. Tous les autres cadres sollicités ont répondu favorablement à mon mail pour une prise de contact téléphonique.

Obtenir un entretien avec les deux personnes recommandées par la direction des soins a été relativement simple. Par contre les quatre autres cadres de santé ont nécessité un temps plus long de négociation. J'ai dû préciser lors de notre contact téléphonique comment et pourquoi je les avais choisis et préciser le cadre dans lequel j'effectuais cette recherche. Il m'a fallu être le plus honnête possible dans la présentation de mon travail et dans ma propre présentation sans toutefois dévoiler les objectifs et l'hypothèse de mon travail de recherche.

Une fois l'acceptation d'être interviewé obtenue par retour de mail, nous planifions par téléphone une date d'entretien. Je souhaitais fixer une rencontre relativement proche dans le temps pour éviter les oublis. J'ai précisé les modalités de recueil des données en garantissant l'anonymat de la personne et j'ai rappelé une durée d'entretien estimée à 45 minutes.

3.3. Outil d'investigation

Afin de questionner les représentations sociales des cadres de santé, l'entretien semi-directif me semblait le plus pertinent. Selon L. Bardin¹⁹ (2003, p. 93), *l'entretien semi-directif est une méthode d'investigation spécifique, permettant d'avoir une parole relativement spontanée, un discours parlé, qu'une personne, l'interviewé, orchestre plus ou moins à sa guise. C'est une mise en scène libre de ce que cette personne a vécu, ressenti, pensé à propos de quelque chose. Cet outil aide à comprendre et à mieux saisir le pourquoi des comportements. Certes, il*

¹⁹ Laurence Bardin est Docteur en d'état ès lettres et sciences humaines

ne permet pas de prouver les faits ni d'être sûr de leur existence, mais il retranscrit la réalité des personnes interrogées, leur perception des faits, la façon dont elles les vivent. Cette démarche m'a semblé la plus porteuse en termes de recueil de données. De plus, l'entretien semi-directif offre une certaine liberté d'expression et permet aussi de s'adapter aux réponses en changeant éventuellement l'ordre des questions ou en les modifiant pour les adapter à la situation. Il permet aussi l'utilisation de la reformulation pour rebondir et approfondir les pensées de la personne interrogée.

3.4. La grille d'entretien

Avant de me lancer dans les entretiens, j'ai préparé une grille pour garder un fil rouge pendant les discussions. Ma trame a été délicate à élaborer en raison de la difficulté à cibler et à aborder les représentations sociales. Il s'agissait de poser des questions ouvertes n'induisant pas un discours formaté et convenu mais laissant la possibilité aux interviewés de s'exprimer avec leurs propres mots. L'ordre des questions semblait aussi important pour faire une approche du thème en entonnoir. Je suis partie d'un thème très large pour voir comment l'objet de ma recherche apparaissait dans le discours et quelle place il occupait. C'était aussi le moyen de tenter de saisir les représentations de la personne interrogée sans qu'elle tienne un discours préconstruit.

Ma première grille d'entretien comprenait quinze questions. J'ai testé cette grille auprès d'une collègue de formation afin d'évaluer la pertinence du langage employé, la cohérence et la logique de l'ordre des questions. Le premier entretien réalisé auprès d'un cadre de santé a cependant pu mettre en évidence que plusieurs questions étaient en fait des questions de relance. Au final, la grille d'entretien reposait sur sept questions principales.

Question 1 : A ce jour, quelles sont vos principales missions en tant que CDS ?

Objectif :

- Cerner la place donnée à la qualité dans les missions du cadre de santé.

Question 2 : Comment managez-vous la qualité et la sécurité des soins dans l'équipe que vous encadrez ?

Relance :

- *Quels outils utilisez-vous pour manager la qualité et la sécurité des soins ?*

- *Quelles actions mettez-vous en place pour la qualité et la sécurité des soins ?*

Objectifs :

- Identifier la dynamique mise en œuvre et l'engagement du CDS dans la démarche qualité ;
- Identifier le style de management du CDS ;
- Identifier les outils utilisés pour manager la qualité.

Question 3 : Comment définissez-vous les événements indésirables associés aux soins ?

Relance :

- *en 3 mots, comment définissez-vous les événements indésirables ?*

objectif :

- identifier la représentation du CDS des événements indésirables.

Question 4 : Avez-vous notion du nombre d'événements indésirables signalés dans le service que vous encadrez sur les 12 derniers mois ?

Objectif :

- identifier l'engagement et l'implication du cadre de santé dans la déclaration et le suivi des événements indésirables.

Question 5 : Quels types d'événements indésirables sont signalés dans l'unité que vous encadrez ?

Objectif :

- identifier le type d'événements indésirables déclarés.

Question 6 : Avez-vous déjà été impliqué dans un événement indésirable ? Quel a été votre ressenti ?

Objectif :

- recueillir le ressenti du CDS par rapport à l'erreur.

Question 7 : Quelle distinction faites-vous entre faute et erreur ?

Objectif :

- identifier les représentations sociales du CDS de la faute et de l'erreur.

3.5. Le déroulement des entretiens

Il était convenu lors de nos prises de contact une durée d'entretien de 45 minutes. Au final, la durée a plus dépendu de l'interviewé que de moi-même, après épuisement du sujet. Ainsi les entretiens ont duré de 20 minutes à 1h03. Les entretiens se sont déroulés entre le 2 mars et le 18 mars 2016.

Le lieu était proposé par le cadre de santé. En définitive, tous les entretiens ont été menés dans leur bureau, lieu qui s'est avéré calme, où l'on a pu parler librement et où l'interviewé se sentait à l'aise.

J'amorçais l'entretien par des remerciements pour avoir accepté cette rencontre. Ensuite, je présentais mon parcours professionnel et mon travail d'initiation à la recherche dans le cadre de ma formation à l'IFCS. Je rappelais les conditions de la recherche : l'enregistrement des entretiens, la préservation de l'anonymat et je m'assurais du consentement des interlocuteurs. Je précisais aussi que je n'attendais pas de bonne réponse mais leur avis personnel.

Puis dans une logique d'échange, je proposais au professionnel encadrant interrogé de présenter lui aussi son parcours professionnel. Le but était que l'enquêté prenne confiance et puisse par la suite exprimer ses idées librement.

Après, j'enchainais sur la première question de mon entretien. L'interviewé avait la possibilité de répondre librement avec ses mots. J'ai opté pour une position de fausse naïveté tout en maîtrisant le thème de ma recherche, le but étant de faire parler les professionnels sur le sujet qui m'intéressait. J'ai cherché à alimenter les échanges en demandant simplement des précisions ou en reformulant. J'ai parfois dû essayer de recentrer la conversation le plus naturellement possible chaque fois que l'interviewé s'écartait de l'objectif de l'entretien. L'ordre des questions n'a pas toujours été le même.

Les propos tenus par l'ensemble des cadres sont francs et affirmés. Des positionnements sont clairement verbalisés. J'ai donc laissé les enquêtés s'exprimer le plus possible sans intervenir pour leur permettre d'aller jusqu'au bout de leur point de vue.

Dans toute conversation, il y a des jeux de position qui vont délimiter le champ des informations transmises et influencer la façon de s'exprimer. Mon statut d'étudiante, travaillant de surcroît dans un autre établissement de santé, a créé une relation symétrique fonctionnelle et non hiérarchisée. Les propos tenus n'ont donc pas été atténués ou censurés pour répondre à des attentes institutionnelles ou hiérarchiques. Certains propos expriment d'ailleurs des critiques à l'encontre de l'institution, sans filtre.

Il m'est apparu indispensable d'enregistrer les entretiens pour consacrer entièrement mon attention à ce qui était dit. D'autre part, l'enregistrement me permettait d'avoir une trace de l'intégralité des propos tenus et des expressions spontanées qu'une prise de note aurait pu dénaturer. J'ai ensuite retranscrit tous les entretiens réalisés. Chacun des six entretiens a fait l'objet d'une analyse de contenu. Pour ce faire, j'ai construit une grille de lecture et fait corrélérer le contenu de chaque entretien aux concepts étudiés. J'ai retenu les deux catégories suivantes :

- La représentation sociale de l'erreur ;
- Le management des cadres de santé et la place de la qualité dans leurs missions.

Chacune de ces catégories a ensuite été déclinée en plusieurs items dans lesquels les propos recueillis ont été classés. Les tableaux de catégorisation se trouvent en annexe²⁰.

3.6. Les limites de l'outil

Tout d'abord, questionner les représentations sociales d'un individu n'est pas simple. L'entretien, réalisé dans ce contexte de travail d'initiation à la recherche, s'est avéré être une relation sociale particulière. En effet, un enquêteur et un enquêté qui ne se connaissaient pas auparavant se retrouvaient en vis-à-vis pour échanger autour d'un sujet. Cette démarche a nécessité de mettre en place un cadre de confiance et de non-jugement pour que la personne interviewée puisse se sentir à l'aise. Il m'a donc fallu y consacrer du temps dans une durée limitée.

De plus, l'entretien est une situation de face à face où la personne enquêtée souhaite renvoyer la meilleure image d'elle-même : c'est le biais de la désirabilité sociale.

Les entretiens que les cadres de santé m'accordaient étaient aussi marqués par du sens : vouloir m'aider dans la réalisation de mon mémoire, essayer de tenir des propos que je voulais entendre...

Ensuite, ma première grille s'apparentait plus à un questionnaire oral qu'à une grille d'entretien. Si elle me paraissait personnellement très sécurisante, elle laissait très peu de marge de manœuvre à la personne enquêtée au risque de ne collecter que des matériaux très formatés. Mon objectif était de prospecter des ressentis pour apporter une meilleure compréhension de phénomènes inconscients. Il m'a fallu alors lâcher prise pour aborder les entretiens, trouver un juste milieu pour m'inscrire dans une attitude empathique en accueillant l'inconnu et en se dégageant du connu.

²⁰ Annexe 4, p. 4 du dossier des annexes.

La conduite d'entretien suppose aussi une écoute active des vécus et des idées qui sont exprimés. Une des difficultés que j'ai aussi pu rencontrer a été de canaliser certains cadres qui s'engageaient dans d'autres directions. Il me fallait recentrer la conversation sans laisser entendre que l'interviewé était hors-sujet.

Par ailleurs, utiliser la reformulation demande aussi une certaine habileté pour parvenir à traduire la pensée de l'enquêté le plus fidèlement possible. Il s'agit de s'assurer de la bonne compréhension des propos tenus sans laisser supposer que l'écoute n'a pas été attentive.

Il a aussi été difficile parfois de creuser certains propos par peur d'influencer les réponses.

En outre, le fait d'être très impliquée dans ce sujet de recherche peut empêcher de voir certaines choses qui paraissent évidentes. Avec du recul, je me rends compte que des anecdotes qui pouvaient sembler hors de propos s'avéraient finalement aussi refléter des pratiques sociales qui, puisqu'elles étaient racontées à ce moment précis de l'entretien avaient aussi une signification.

Je mesure donc à quel point cette méthode de l'entretien demande un apprentissage et une expérimentation.

Enfin, l'entretien permet de mettre en évidence des points de vue singuliers et n'a pas pour but d'être représentatif. Abric (2011) considère que toute étude de représentations sociales doit nécessairement se fonder sur une approche pluri-méthodologique, articulée en trois étapes successives : le recueil du contenu de la représentation, la recherche de sa structure et du noyau central, la vérification de la centralité et l'analyse de l'argumentation. Aussi, cette recherche pour être plus aboutie demanderait à être approfondie avec des questionnaires. Ils apporteraient des informations quantitatives et, par leur standardisation, rendraient plus objectif ce travail.

4. ANALYSE ET INTERPRETATION

J'ai fait le choix de ne parler qu'au masculin afin de préserver l'anonymat des enquêtés. Les entretiens ont été codés : (E1) fait référence aux propos tenus dans le premier entretien, (E2) à ceux tenus dans le deuxième entretien...

4.1. La représentation sociale de l'erreur

4.1.1. La charge émotionnelle inhérente à l'erreur

Les professionnels encadrants interrogés ont en majorité tenu un discours convenu sur l'erreur, celui que l'institution attend d'eux : *on est dans la culture de l'erreur positive* (E1) ; *Il faut (...) avoir une représentation de l'erreur positive (...)* Mais en fait, *on est dans l'obligation totale de répondre à l'évènement indésirable* (E2) ; *le discours pédagogique, c'est bien ça* (...) (E1) ; *c'est dans l'optique des gens maintenant* (E4). « On » désigne une pensée impersonnelle. Rien dans ce propos ne dit qui juge qu'il en est ainsi. En revanche, une pensée en « je » serait une pensée personnelle. Elle parlerait de l'action de la personne et l'engagerait personnellement.

D'autre part, les cadres de santé ne vont pas spontanément livrer leurs émotions relatives à la survenue d'une erreur. Quand il s'agit de savoir s'ils ont déjà été impliqués personnellement dans un EI et quel a été leur ressenti, ils répondent : *Alors, certainement mais à l'époque je n'avais pas vu que c'était un évènement indésirable...* puis il enchaîne la conversation sur un autre sujet (E1) ; *Personnellement non, je ne pense pas* (E2) ; *Je pense que je n'en ai pas eu* (E3) ; *Je n'ai pas eu d'EI dans lequel j'ai été impliqué* (E4). Un cadre de santé éludera la question en répondant : *Moi je suis en culture gestion des risques depuis longtemps (...)*(E6). Seul un cadre répondra spontanément : *Mais bien sûr, les cadres forcément, dans tous les EI on est concerné puisqu'on est chargé de l'organisation* (E5). Un cadre livrera aussi : *Mais oui, ça touche* (E2). Il semble donc qu'une forme de gêne, d'embarras, de pudeur empêche d'exprimer ses émotions. Peut-être le fait d'être enregistré lors de l'entretien génère aussi plus de réserve ? Néanmoins dans la majorité des cas, les enquêtés semblent plutôt poussés à tenir des propos socialement admissibles et ont du mal à parler de leurs erreurs. D. Jodelet explique comment les représentations sociales peuvent justifier les pratiques. En l'occurrence la

représentation sociale de l'erreur semble orienter les cadres en premier lieu vers une forme d'inhibition et de silence.

De plus, d'autres cadres vont minimiser l'erreur : *C'est tout bête* (E3) ; *des petites choses minimales* (E4) ; *Une fois il y a failli av... enfin il n'a pas eu d'erreur de culot sanguin mais juste de...* (E3). L'erreur est aussi comparée à *un souci* (E4).

Face à un évènement perçu comme menaçant ou stressant, les individus peuvent interposer des processus pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci : c'est le concept du coping. Nous pouvons émettre l'hypothèse que dans les propos précités, l'erreur est un agent stressant. La stratégie de coping mobilisée dans les cas présents est de minimiser les dysfonctionnements. Or, selon Terry Mizrahi²¹, le processus peut devenir dysfonctionnel lorsqu'il soumet le champ cognitif à des distorsions interprétatives majeures. En l'occurrence, la minimisation d'un phénomène peut consister à atténuer sa responsabilité pour préserver sa propre estime.

En outre, deux sentiments principaux dans le vécu à l'erreur se dégagent de tous les entretiens : la culpabilité et l'anxiété.

La culpabilité est *l'état de quelqu'un qui est coupable d'une infraction ou d'une faute*²². S'il n'y a pas de faute, il n'y a donc pas de culpabilité. C'est aussi *le sentiment de faute ressenti par un sujet, que celle-ci soit réelle ou imaginaire*²³. Dans ce second sens, nous sommes dans une approche subjective.

Ainsi, le lexique de la culpabilité se retrouve dans les six entretiens et s'exprime de différentes façons. *Moi, j'ai eu une erreur de prescription qui a été déclarée (...) j'ai été dans des situations complexes, c'était une gestion des risques, particulièrement à la maison d'arrêt où j'ai été débriefé par le Directeur (...). mais quand même j'ai eu plusieurs situations où j'ai arrêté une professionnelle* (E1) ; *dès que je lis un évènement indésirable, je suis forcément touché* (E2) ; *De toute façon c'est sûr que pour nous, pour le cadre, quand il y a une erreur même si elle est pas dramatique Dieu merci, bien sûr que le cadre se pose des questions (...) et moi j'ai un EI* (E3). Les mots « moi, j'ai », « j'ai » témoignent d'une appropriation personnelle de l'erreur, tout est entièrement pris sur soi. L'erreur devient individuelle, elle n'est pas conscientisée comme pouvant être multifactorielle, même si de nombreuses études

²¹ (cité dans Galam, É. (2012). *L'erreur médicale, le burnout et le soignant. De la seconde victime au premier acteur*. Paris; New York : Springer. Consulté à l'adresse <http://site.ebrary.com/id/10546417>),

²² <http://www.larousse.fr/>

²³ <http://www.larousse.fr/>

ont démontré qu'un accident provient toujours d'une succession de défaillances du système. En effet, l'analyse systémique développée par les travaux de James Reason permet de ne pas s'arrêter à une analyse superficielle mais d'investiguer des causes plus profondes. Ces causes mettent le plus souvent en évidence la mauvaise organisation ou coordination du système plutôt qu'un manque de compétence des professionnels.

Dans d'autres propos vont se mêler les notions de responsabilité et de culpabilité. *Si vous ne leur mettez pas en place des organisations en face qui sont sécurisantes et bien ils vont commettre des erreurs, mais c'est vous qui êtes responsable, c'est la responsabilité du cadre, de l'encadrement* (E1). Ici, la culpabilité du cadre s'exprime dans un surinvestissement de responsabilités à l'égard des autres.

Il y a eu une erreur, mais derrière il y a aussi le rôle du cadre : est-ce que mon professionnel est à sa place ? Dans ce service-là ? (E6) ; *évidemment vous vous posez plein de questions* (E2) ; *parce qu'on se dit «peut-être que... qu'est-ce que je n'ai pas... qu'est ce qui ne va pas dans mon organisation.... »*. *De toute façon c'est sûr que pour nous, pour le cadre, quand il y a une erreur même si elle est pas dramatique Dieu merci, bien sûr que le cadre se pose des questions et moi je me dis que peut être que mon descriptif de tâches est pas bien, c'est pas à jour, ou j'ai pas fait ça ou j'ai peut-être pas marqué... enfin bien sûr qu'on se pose des questions. Alors je me dis, il faut que je sois plus...* (E3). Dans ces propos, la culpabilité semble trouver racine dans l'impression de ne pas avoir été à la hauteur et de ne pas correspondre au professionnel idéal que l'on souhaiterait être. Ceci se retrouve d'ailleurs dans les propos d'un autre cadre questionné sur son ressenti lorsque survient un EI : *Je dirai que mon risque majeur qui est pour moi, c'est le burn-out parce que je suis une accro du travail* (E1). Rappelons qu'une des dimensions du burn-out est la diminution de sa propre estime professionnelle.

L'erreur peut donc être considérée comme un défaut de maîtrise, un échec. Nous vivons effectivement dans une société qui sanctionne les personnes commettant des erreurs et récompense celles qui connaissent le succès (Edmondson, 2005). Une telle stigmatisation de l'échec a pour origine une valeur très profondément enracinée dans notre culture et notre histoire : l'erreur est la manifestation du mal et elle doit être sanctionnée pour qu'elle ne se reproduise plus. D'ailleurs, les propos tenus par un cadre de santé : *et moi j'ai un EI* (E3) laisse sous-entendre que rendre publique des événements fait émerger la crainte d'être pointé comme quelqu'un d'incompétent auprès de ses pairs.

En définitive, la culpabilité semble donc fortement enracinée dans la représentation sociale de l'erreur. Culpabiliser serait se considérer comme fautif, sans prendre en compte l'objectivité de l'erreur ou de la faute. C'est un combat intérieur entre ce que nous sommes et ce que nous aimerions être. Or les travaux de James Reason ont montré que les accidents qui surviennent dans les systèmes complexes ne résultent jamais des seules erreurs humaines. Il y a une imbrication en chaîne de nombreuses causes qui sont délétères de façon synergique. Il est alors important de repositionner le dysfonctionnement dans son contexte.

Ensuite, l'anxiété est un autre sentiment prévalant des entretiens. En effet, l'erreur peut être vue comme une menace. Ainsi un cadre, en parlant des infirmières, dit : *Elles peuvent toutes se planter... mais non non il ne faut pas que ça arrive bien sûr* (E3). A un autre moment de l'entretien, ce même cadre conclut suite à un appel téléphonique du laboratoire d'analyse avertissant d'une erreur d'étiquetage de tubes *et moi j'ai un EI*. Elle utilise aussi dans ses propos l'expression de soulagement *Dieu merci* (E3) lorsqu'une erreur sans conséquence grave est survenue dans le service qu'elle encadre. Un autre cadre dit aussi : *Je touche du bois, j'en ai pas eu jusqu'à maintenant...* (E4). Ces expressions sont du registre de la superstition. Il s'agit d'empêcher du néfaste, de conjurer le mauvais sort, de faire barrage à un danger. Autant de failles de la rationalité. Dans cette perspective, l'erreur veut être évitée par tous les moyens. *Confronté à une épreuve, l'homme ne dispose que de trois choix : combattre, ne rien faire ou fuir* (Laborit, 1976). Dans cette vision, l'utilité de l'erreur ne peut être admise. Elle est au contraire redoutée.

D'autres réactions d'anxiété se retrouvent dans les propos recueillis. Pour un cadre, ce sentiment d'anxiété semble se manifester par un hyper investissement professionnel dans la gestion des risques pour éviter toute probabilité qu'un dysfonctionnement survienne: *On a chacun ses petites manies, moi c'est la sécurité. Voilà ça a toujours été ça, ça a toujours été sécurisé au maximum pour éviter les risques* (E1). Ce cadre témoignera aussi tout au long de l'entretien d'une surmotivation pour tout ce qui a trait à la gestion du risque. Il y a d'ailleurs peut-être un peu de narcissisme dans ce surinvestissement : « sans moi l'autre n'est rien, donc s'il échoue tout est de ma faute ».

L'anxiété peut aussi s'exprimer par des réactions de colère : *Là tout à l'heure j'arrive la pharmacie était ouverte l'armoire des stup' ouverte alors moi j'explose* (E1) ; *donc moi quand ça va pas, je vais au feu direct. Donc je ne passe pas par 36 personnes, pour aller au*

feu, je gère mes problèmes moi-même et je vais direct trouver ceux avec qui ça va pas. Voilà ! (E4).

L'anxiété peut aussi se traduire par un sentiment d'agacement : *On a fait ça en CREX, mais j'ai quand même revu l'infirmier et l'aide-soignant en entretien parce que tout le monde sait bien que le lasilix® en mettant 40 mg cela va forcément provoquer une envie d'uriner* (E2) ; *L'infirmière arrive le matin, une infirmière du service de remplacement, pas habituée, cela ne l'a pas affolée qu'il n'avait pas d'antibiotique* (E1).

Les charges émotionnelles se créent quand des situations difficiles, pénibles, perturbantes sont vécues. Elles génèrent stress, tension, malaise. La charge émotionnelle va conduire un individu à réagir excessivement. Puis, toute situation plus ou moins similaire sera alors vécue d'une façon inadaptée et non constructive. Elles limitent donc l'individu dans ses relations car elles créent des blocages. Nous retrouvons bien dans cette partie de l'analyse toute l'influence des représentations sociales sur les comportements et les attitudes. Ce ne sont pas les situations qui provoquent l'émotion, c'est la signification que nous leur accordons. L'affect ressenti est déterminé par notre évaluation de la situation. Cette évaluation est aussi dépendante de notre vécu, d'expériences du passé. C'est ainsi que les propos d'un cadre de santé questionnent son rapport à l'erreur en laissant présupposer un vécu négatif : *si jamais ils se trompent, c'est pas de taper dessus (...), et poursuit : (...) mais c'est dire qu'est-ce qu'on peut mettre en place pour pas que ça se reproduise* (E1). C'est là qu'apparaît un paradoxe : alors que la condamnation de l'erreur semble à l'origine de beaucoup de colère, les intentions sont positives. Ces propos témoignent de toutes les ambiguïtés qui entourent l'erreur. Dans notre héritage culturel, la punition était considérée comme un moyen indispensable à toute forme d'éducation. Les punitions étaient l'instrument naturel pour faire disparaître les comportements indésirables. Elles avaient aussi une fonction expiatoire destinée à laver la faute généralement considérée comme un péché qui souillait l'âme du fautif.

4.1.2. La définition des « évènements indésirables »

Les cadres de santé donnent des définitions variables du terme « évènement indésirable ». Pour quatre des personnes interviewées, la définition apportée repose sur des exemples : *c'est une erreur d'administration de médicaments, un défaut de vigilance, un défaut d'organisation...* (E1). D'ailleurs, les exemples évoqués sont directement liés à des déclarations effectuées dans leur service. Un cadre de santé illustre sa définition par une

erreur d'identitovigilance qu'il a eu dans l'unité qu'il encadre (E3). Mais de façon générale, l'évènement indésirable est tantôt qualifié d'*erreur*, de *dysfonctionnement*, tantôt de *défaut*, de *problème*, de *souci*. Ces mots ont un sens proche, une proximité sémantique intuitive mais chacun a sa propre signification avec un attribut connoté. Cette connotation se situe d'ailleurs dans le registre du négatif. En effet, d'une manière générale, les définitions des cadres de santé contiennent des marques de négation : *c'est le stress parce qu'on ne connaissait pas bien l'organisation, on ne connaissait pas la pharmacie, on ne connaissait pas le rangement de la pharmacie* (E1), ... *n'est pas adapté pour le patient...* (E5). L'EI est donc quelque chose qui n'est pas conforme à ce qui devrait être, il rend compte d'un comportement déviant. En outre, pour la moitié des cadres de santé interrogés, l'organisation est en cause : *c'est lié à l'organisation des soins, un défaut d'organisation* (E6). Le matériel est aussi évoqué ou encore le personnel : *Quand l'aide-soignant me répond mais moi je lui avais donné la sonnette, vous êtes quand même très embêté de la réponse parce que vous croyez qu'une personne âgée de 90 ans qui arrive dans un milieu totalement étranger pour elle, dans un milieu où il y a une activité dense, où il y a la lumière partout, elle connaît personne, elle est oxygéno-requérante, elle a un œdème pulmonaire, est-ce que vous croyez sincèrement qu'elle va être en capacité de sonner ?* (E2).

De plus, les cadres définissent l'évènement indésirable comme un accident qui a eu lieu. L'EI se conçoit donc pour eux dans une approche a posteriori. Or selon la HAS, l'évènement indésirable est une *situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages. Il existe plusieurs types d'événements indésirables : les dysfonctionnements (non-conformité, anomalie, défaut), les incidents, les événements sentinelles, les précurseurs, les presque accidents, les accidents*²⁴. La définition inclut donc les dimensions a posteriori mais également a priori.

Un cadre précise par ailleurs que l'évènement indésirable est toujours en lien avec un patient : *si ça n'a pas d'incidence au niveau du patient, il ne doit pas être déclaré au niveau des EI* (E6). Or la définition retenue dans le guide « déclarer et gérer les évènements indésirables »²⁵ de l'établissement de santé concerné par ce travail de recherche précise que *les autres situations qui impactent les professionnels, l'organisation logistique, la fiabilité des matériels mais sans conséquences directes sur le patient sont aussi considérées comme des EI*.

²⁴ Solution pour la sécurité des patients, méthode d'élaboration. (2012). Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/>

²⁵ Version 2 en date d'application Août 2014

D'autre part, un cadre considère qu'un évènement est indésirable au regard de sa criticité : problèmes d'identitovigilance, erreur dans l'attribution de médicaments, avec des conséquences graves : *c'est un patient qui ne sera peut-être pas mis sur liste [en attente de greffe] tout de suite* (E3). Cependant l'établissement concerné par ce travail de recherche a retenu la définition suivante dans le guide « déclarer et gérer les évènements indésirables »²⁶ : *l'EI est un évènement ou incident qui entrave le déroulement de la prise en charge des patients ou le fonctionnement d'un service. Constitue un EI associé aux soins tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement.* Tout incident, tout dysfonctionnement quel que soit sa gravité est donc considéré comme évènement indésirable et source d'information pour améliorer les pratiques.

Notons aussi qu'à l'unanimité, les cadres de santé mettent en avant le caractère préjudiciable pour le patient tel que défini dans l'article 1 du décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé : *Constitue un événement indésirable associé aux soins tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement.*

Enfin, tous les enquêtés associent aussi les EI graves à une obligation de déclaration, sous-entendant le devoir de faire remonter l'information, de porter quelque chose à la connaissance d'un groupe, de l'institution : *Les EI doivent être déclarés par la personne soit qui a vu l'évènement, soit qui l'a vécu* (E6) déclare un des cadres de santé. De même, l'utilisation du verbe impersonnel « on est dans l'obligation » exprime une incitation à agir en ce sens, une injonction. Il n'y a pas de locuteur identifié. *Mais en fait, on est dans l'obligation totale* (E2).

L'obligation de déclaration des évènements indésirables graves a été instaurée par la loi du 4 mars 2002. L'article L.1413-14 du code de la santé publique énonce aussi que *tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente.* Notons de plus que le formulaire institutionnel des évènements indésirables se nomme

²⁶ Version 2 en date d'application Août 2014

« déclaration d'EI ». Cette appellation renvoie également à cette notion d'obligation alors que le mot « signalement » par exemple renverrait peut-être une perception d'acte volontaire.

Le cadre semble donc se sentir sous le coup d'obligations morales. De gré ou de force, cette règle de conduite, cette obligation de conscience est subie, sous-entendant qu'y contrevenir, s'en détourner délibérément expose à déclencher en soi-même un mouvement de culpabilité. Ces propos semblent témoigner d'un ancrage très fort de subordination et de conformité à des exigences. D'ailleurs force est de constater que depuis la fin des années 90, la qualité et la sécurité des soins sont devenues des missions qui s'imposent à tous les établissements de santé. La gestion des événements indésirables est devenue un enjeu de santé publique. Cette thématique fait l'objet d'un ensemble de recommandations et d'obligations avec une présence croissante dans les textes législatifs. Le risque ne serait-il pas d'aboutir à une représentation très « bureaucratique » du traitement des événements indésirables au détriment du véritable intérêt de leur déclaration ?

Vouloir étudier une représentation sociale renvoie à trois questions : Que pensent tels individus de tels objets ? Comment le pensent-ils ? pourquoi le pensent-ils ainsi ? Dans le cadre de ce travail de recherche, Il émerge des discours de tous les cadres de santé une difficulté à définir précisément et de façon consensuelle les événements indésirables, malgré leur appartenance au même établissement de santé, avec un dispositif commun de gestion des risques et une définition locale des EI. Les définitions restent partielles et illustrées par des exemples de situations passées, comme si la page était tournée. Cependant on retrouve dans tous les propos une convergence représentationnelle quant au caractère préjudiciable des EI. Ces propos semblent témoigner d'appréhensions concernant la survenue d'EI. Rappelons que les représentations sociales sont *un ensemble de croyances, d'images, de métaphores et de symboles collectivement partagés par un groupe, une communauté, une société ou une culture* (Wagner, cité par Caillaud, 2010, p. 4). La peur de la sanction et de la judiciarisation seraient donc des croyances fortes autour de l'erreur qui pourraient prendre le dessus sur l'exigence de transparence.

Cependant, une représentation n'est jamais vraiment fixée dans le temps. Elle évolue, se transforme par le biais d'éléments périphériques. Le cadre juridique peut donc constituer un élément périphérique pour amorcer un changement culturel et modifier le noyau central de l'erreur.

Mais il peut aussi être vain de prôner une culture du « droit à l'erreur » si l'environnement

politique et médiatique est en décalage avec cette approche. La réalité nous montre que la presse stigmatise les erreurs de soins. La dénomination « évènement indésirable » a d'ailleurs aussi elle-même une connotation négative. Tous ces éléments peuvent renforcer encore davantage la crainte de signaler. Nous voyons bien alors comment le noyau central d'une représentation sociale est très résistant au changement.

4.1.3. La distinction entre la faute et l'erreur

Erreur et faute sont souvent des mots confondus, faisant référence tous deux au sentiment de s'être trompé. Les cadres de santé interrogés vont s'appuyer sur des exemples concrets pour faire la distinction : *L'erreur médicamenteuse, c'est par exemple l'IDE qui fait son tour et puis elle ne prend pas le bon médicament pour le patient, voilà l'erreur (E4) ; Moi il y avait eu effectivement une faute puisque il avait eu un problème de dilution dans un antibiotique avec du chlorure de sodium hypertonique pour diluer un augmentin® veineux (E6).*

Globalement pour ces cadres la distinction repose sur **l'idée d'intention** : *La faute est intentionnelle et l'erreur ne l'est pas enfin voilà (E1) ; l'erreur n'est pas intentionnelle (...) Alors que moi je mettrai la faute, j'espère ne pas me tromper de vocabulaire, quand elle est intentionnelle (E2) ; la faute ça serait par exemple qu'une IDE (...) me note qu'elle ait mis l'alimentation du patient et qu'elle n'ait rien mis (E4).*

La notion d'inadvertance est aussi introduite dans la définition de l'erreur : *Une erreur c'est de se tromper de médicament, c'est-à-dire prendre le médicament dans la case d'à côté (E4).*

L'erreur est donc décrite comme un acte involontaire et inadapté à une situation. Une distinction de sens est certes faite entre ces deux termes mais ils sont utilisés dans une quasi synonymie : *j'ai arrêté une professionnelle (...) parce qu'elle commettait des erreurs et elle faisait des erreurs intentionnelles aussi, elle avait décidé que elle, elle faisait comme ça, même si c'était pas dans les bonnes pratiques (E1).* Les propos des cadres montrent donc une confusion des registres. D'ailleurs un cadre affirme ne jamais utiliser le terme de faute : *Je ne parle jamais de faute, il y a eu une erreur, il y a eu un dysfonctionnement voilà je préfère le terme de dysfonctionnement (E5).*

D'autre part, les cadres font aussi la distinction entre ces deux termes sur **la notion de responsabilité** : *pour moi il y a aussi dans la faute le fait qu'une IDE prenne un médicament sans savoir ce qu'elle donne. Pour moi ça ce n'est pas une erreur c'est une faute (E4).* Dans le cas évoqué, il y a eu manquement à la diligence attendue d'un professionnel.

En outre, certains propos sous-entendent dans le registre de l'erreur et de la faute **une forme de mauvaise volonté, une impression de laxisme** : *quand vous faites trois fois l'erreur, je vais commencer à croire que c'est intentionnel, on n'a pas que des gens qui veulent bien faire* (E1), *quelqu'un qui a prémédité ce geste, là on est dans la faute* (E2). Il est aussi insinué que l'erreur relève d'un manque de maturité et d'expérience : *je trouve qu'il y a des gens très matures dans l'équipe. Donc voilà, après je n'ai pas de gens compliqués* (E3) témoigne un cadre au regard du faible nombre d'EI déclaré dans le service qu'il encadre.

De surcroît, les cadres de santé font apparaître une hiérarchisation entre les erreurs et les fautes. **La faute apparaît plus grave que l'erreur** : *L'erreur médicamenteuse, c'est par exemple l'IDE qui fait son tour et puis elle ne prend pas le bon médicament pour le patient, voilà l'erreur (...). La faute c'est qu'elle prenne délibérément pour moi le (médicament) (...) Donner un médicament sans savoir ce qu'elle donne. Pour moi c'est une faute* (E4). Pour un autre cadre, *l'erreur c'est plus, d'abord s'il n'y a pas eu d'incidence sur le patient* (E6) alors que la faute relèverait de *l'EI grave qui peut entraîner ou un handicap grave ou un décès par exemple* (E6). Il y aurait donc une forme d'indulgence envers l'erreur, pas envers la faute.

Les propos tenus démontrent que la condamnation de l'erreur reste très présente. Pour reprendre le discours de Daniel Favre, le rapport à l'erreur n'est toujours pas décontaminé de la faute. Le témoignage d'un cadre interviewé l'illustre : *Il n'empêche pour avoir géré une situation de soins où il y avait eu malheureusement une erreur grave d'origine médicamenteuse sur un patient [un problème de dilution dans un antibiotique avec du chlorure de sodium hypertonique], c'est vrai, j'ai été amené malgré tout sur une personne contractuelle à arrêter son contrat* (E6). Ce cas relève-t-il d'une erreur ou d'une faute ? Dans le cas cité, ce qui est répertorié comme « erreur » est suivi d'une sanction, une fin de contrat.

Ainsi l'erreur reste très emprunte de connotations négatives. L'erreur reste dans l'inconscient collectif rattachée à une faute. Cet élément a donc une forte probabilité d'appartenir au noyau central de la représentation sociale de l'erreur.

Rappelons aussi que les représentations sont la reconstruction d'un objet en fonction du sujet. Elles génèrent de ce fait un décalage avec la référence. Elles contribuent notamment à des distorsions, à des supplémentations ou à des défalcatons de l'objet de la représentation. Ainsi, de par l'usage des notions d'erreur et de faute en quasi synonymie, l'erreur se voit attribuer

des distorsions et des suppléments. Il est notamment ajouté à la représentation de l'erreur une forme de mauvaise volonté.

Cependant pour Abric (2003, p. 29), les représentations sociales *sont à la fois stables et mouvantes, rigides et souples. Stables et rigides parce que déterminées par un noyau central profondément ancré dans le système de valeurs partagé par les membres du groupe, mouvantes et souples parce que nourries des expériences individuelles, elles intègrent les données du vécu et de la situation spécifique, et l'évolution des relations et des pratiques sociales dans lesquelles s'insèrent les individus ou les groupes.* Nous retrouvons dans les propos des cadres ces notions à la fois de rigidité et de souplesse. En effet ils ont souvent préféré au terme « erreur » d'autres termes plus euphémiques et parfois moins négativement connotés. Cela peut s'inscrire dans une dynamique positive : utiliser un vocabulaire moins tranché, peut paraître plus efficace pour s'engager dans une perspective de dépassement de l'erreur. Mais l'euphémisme peut également devenir un piège : ne pas reconnaître une erreur en tant que telle en la qualifiant de « *dysfonctionnement* », de *problème*, de *souci*, de *petite chose minime* revient également à nier cette erreur et à externaliser ses conséquences.

Ainsi, le vocabulaire employé est révélateur de perceptions ambivalentes. L'usage des mots n'est pas neutre. Il apparaît donc important d'être précis dans les termes employés. Même les juges ont de plus en plus tendance à confondre les deux termes. Ils parlent d'erreurs fautives. Un dysfonctionnement qualifié d'erreur pouvant aboutir à une sanction risque de créer des suspicions chez les professionnels et les conduire à sous-déclarer les événements indésirables par peur des conséquences. Certains établissements ont adopté une « culture juste ». Elle consiste à encourager les professionnels de santé à signaler tout incident, accident ou erreur sans crainte de sanction (sauf en cas de manquement délibéré aux règles de sécurité). L'établissement concerné par cette recherche a aussi mis en place une « charte d'engagement EI ». Elle stipule que *Chaque professionnel est incité à signaler tout incident, accident ou erreur l'impliquant ou qu'il constate. L'établissement met en place un environnement et des outils favorables à ces signalements (...).* Cependant cette charte ne dédouane pas l'erreur de la sanction. Il n'y a pas d'engagement dans cette charte précisant que l'établissement n'entamera pas de procédure disciplinaire à l'encontre d'un agent qui aurait spontanément révélé un manquement aux règles de sécurité.

À ce titre, Edmondson (2002) considère que les professionnels sont confrontés dans leur vie professionnelle à quatre risques susceptibles de les desservir en termes d'image, de statut ou de carrière : être perçu comme quelqu'un d'incompétent, d'ignorant, de négatif ou de

perturbateur. Néanmoins ces quatre risques peuvent être minimisés si un agent bénéficie d'un environnement psychologiquement rassurant c'est-à-dire quand l'agent estime que les bénéfices liés au fait de parler ouvertement (notamment de signaler des erreurs commises) dépassent les coûts induits par un tel comportement (Edmondson, 2004). L'agent en question n'aura alors aucune crainte quant à d'éventuelles incidences négatives de sa prise de parole.

Le rapport à l'erreur semble tout de même évoluer. En premier lieu, tous les cadres de santé interrogés conviennent que l'erreur peut être utile pour améliorer les organisations : *Je prends cela comme assez constructif (...) Moi je suis assez satisfaite de cela parce que cela met le doigt sur un dysfonctionnement (E5) ; C'est vraiment important de mettre en évidence ce qui dysfonctionne et le meilleur moyen de mettre cela en évidence, c'est la gestion des EI (E6) ; Des fois on voit qu'on a un souci, qu'est-ce qu'on peut faire pour l'améliorer (E4)*. Les cadres emploient les termes de *culture positive* de *l'erreur positive* ou *constructive*. L'idée que l'erreur peut être un support d'apprentissage et d'amélioration des organisations semble accorder sur le principe tous les cadres de santé interrogés. Pour Rouquette et Rateau (1998, p.115), la transformation des représentations peut s'opérer selon plusieurs conditions : *il faut que ces pratiques soient récurrentes dans la population considérée ; il faut également qu'elles soient valorisantes, matériellement ou symboliquement, ou qu'elles permettent au moins le maintien de la valeur*.

Néanmoins, nous constatons une certaine modération dans les propos des cadres de santé : *je prends cela comme assez constructif (...) Moi je suis assez satisfaite de cela (E5) ; A la limite, heureusement qu'il y en a de temps en temps parce que justement ça fait bien avancer (E3)*. Il y a l'idée de quelque chose d'acceptable sans plus, dont on peut se contenter. Une forme de réticence, une peur du changement est alors sous-entendue. Il n'est donc pas encore question d'autoriser l'erreur. Cet élément rappelle à quel point les représentations sociales sont importantes et qu'il est difficile de s'en défaire totalement. En définitive, la transformation des représentations sociales est un processus lent. L'évolution des idées ne suffit pas à elle seule à faire évoluer les représentations sociales. C'est la transformation des pratiques qui conduira à la transformation des représentations : *Un changement au niveau des idées doit être inévitablement précédé d'un vécu au niveau des pratiques (Guimelli, cité par Abric, 2011, p. 103)*.

4.2. Le management des cadres de santé et la place de la qualité dans leurs missions

4.2.1. Le management des cadres de santé

Les cadres interrogés adoptent un style de management différent. Certains adoptent un style de management plutôt autoritaire tel que décrit par Rensis Likert ou Kurt Lewin :

il faut un management participatif mais aussi autoritaire (...) On a chacun ses petites manies, moi c'est la sécurité (...) après on est là aussi pour cadrer le professionnel parce qu'il y a des professionnels qui n'ont pas la compétence pour travailler ou qui ont le diplôme mais une fois sur le terrain, c'est pas possible... (E1). Un autre cadre le rejoint dans ses propos : je ne passe pas par 36 personnes, pour aller au feu, je gère mes problèmes moi-même et je vais directement trouver ceux avec qui ça va pas. Voilà ! Je suis assez franche. Si ça ne va pas je vais aussi bien trouver l'équipe médicale. Moi quand j'ai quelque chose à dire, je le dis. Ils ont peur des fois parfois ici ! (E4).

Un cadre qui recense 160 EI l'année dernière apparaît plus dans un style autocrate tel que défini par Blake et Mouton : *tous les soins sont procédurés et c'est moi le gestionnaire, le chef de projet c'est le chef de service. Je gère tous les formulaires rattachés, je gère plus d'une centaine de procédures c'est-à-dire que ça va de comment j'accueille un professionnel, comment j'appelle un médecin, de comment je fais les soins, comment je fais un pansement de cathé, comment je fais le ménage, comment en cas d'urgence j'appelle le SAMU (...) On ne va pas s'amuser à dire tiens pour le greffé on va faire comme ça, non tout est procéduré (...) C'est sûr que le service peut paraître extrêmement exigeant, ça l'est (E5).* Dans ce cas présent, l'efficacité des opérations est l'élément de préoccupation, tout est planifié et contrôlé dans le moindre détail, les idées sont imposées. C'est aussi un des principes du management de la qualité selon la norme ISO : un résultat escompté sera obtenu de façon plus efficace et efficiente si les activités sont gérées comme des processus.

Un autre cadre semble adopter un système autoritaire plus paternaliste : *Mais s'il y a quelque chose qui ne va pas, elles viennent assez facilement me voir (...) Ce qui est intéressant c'est de les écouter. Des fois ils vous demandent des trucs... ! On essaie de comprendre pourquoi elles demandent ça et puis après elles s'aperçoivent que ce n'est pas forcément nécessaire (...) Faut aussi savoir leur dire « vous ne pouvez pas avoir ça non plus, vous avez quand même la chance de ceci, de cela... » (E3).* Les professionnels sont dans une position de subordination et d'obéissance dans ce style de management. Le cadre peut parfois prendre en considération

les suggestions et critiques des collaborateurs mais reste malgré tout le maître à bord dans le service qu'il encadre. Ainsi dans ce style de management directif, le dirigeant prend les décisions, les annonce et laisse peu d'initiative à ses subordonnés. Il définit la stratégie et attend que les équipes la mettent en place. Il a certes un comportement rassurant par sa maîtrise de la situation mais le contrôle peut empêcher une équipe de se responsabiliser et de s'impliquer. Discuter librement des erreurs sans avoir peur de la sanction peut alors sembler difficile.

Cependant, les cadres qui adoptent un style de management à dominante directif adoptent aussi une attitude humaniste en reconnaissant et en valorisant les équipes pour contrebalancer les aspects autoritaires : *je suis toujours vigilante par rapport aux équipes et la manière de gérer la gestion du risque auprès du patient ou la qualité des soins. C'est de les valoriser en grande partie en disant : ce que vous faites c'est bien (E1) ; elles ont besoin aussi d'avoir une reconnaissance. Je suis beaucoup allé chercher le chef de service en disant « ce serait bien de leur dire que vous êtes content ». Il avait fait un mail que j'avais imprimé et que je leur avais donné. Elles avaient besoin d'entendre ça (E3).* Selon Maslow, l'homme a des besoins. L'un des besoins humains les plus importants est la reconnaissance. L'homme, pour être motivé, a besoin de se sentir important pour les autres et de recevoir des éloges et de la reconnaissance.

Les deux autres cadres se situent davantage dans un système consultatif. Ainsi, un cadre dit que la fonction de cadre de santé doit être *une fonction de proximité au niveau des équipes. Il faut qu'il soit le pilote dans le service. C'est lui qui doit être au courant de ce qui se passe dans son service (...) j'ai toujours fonctionné en délégation, c'est important de donner des responsabilités aux soignants (E6). Pour moi, la qualité c'est pas la rigidité. C'est pas du « il faut faire comme ça ». C'est voilà : aujourd'hui on est comme ça, on sait qu'on doit aller là, la faisabilité, qu'est-ce qu'on peut mettre en place et on avance, et on avance (E2).* Ainsi, ce mode de management est moins directif. Ces cadres cherchent à impliquer les professionnels pour créer un climat d'échanges et de confiance. Les professionnels se sentent plus responsabilisés. Le travail d'équipe est encouragé. Les cadres veulent fédérer et faire adhérer l'équipe autour d'objectifs communs. La participation de chacun est recherchée pour donner de la cohésion à l'organisation : *il faut absolument qu'on sensibilise et qu'on arrive à ce que nos professionnels voient l'intérêt de la chose. C'est du quotidien dans les services, c'est du retour d'expérience... On a les félicitations aujourd'hui mais là franchement on n'a pas été bons pourquoi ? Quel travail on fait, est-ce qu'on peut améliorer notre travail,*

comment, quand ?(...) On a pas mal d'idées et on s'aperçoit que les professionnels sont vraiment partants (E2). Ces cadres de santé encouragent aussi les professionnels : on essaie aussi de remonter les choses qui marchent bien pour encourager les équipes (E2). Cependant le risque majeur de ce style de management est le manque de structure et de coordination.

Il existe donc différents modes de management avec chacun leurs avantages et leurs inconvénients. Le management idéal est celui qui s'adapte aux circonstances, à l'organisation et aux hommes. Mary Parker Follet affirme que pour faire fonctionner au mieux une organisation, il faut profiter au maximum des apports de chacun. Manifester une emprise sur les autres implique l'absence de consultation des savoirs des autres et provoque frustration, désimplication et déresponsabilisation. Pour elle, le pouvoir est légitime lorsqu'il contribue au pouvoir de faire en commun, où chacun a le sentiment d'apporter sa contribution. D'ailleurs un cadre de santé affirme que les règles ont du sens et qu'il faut surtout donner du sens au travail.

4.2.2. La place de la qualité dans les missions du cadre de santé

Les missions du cadre de santé sont multiples. Contrôler, suivre et garantir la qualité et la sécurité des soins en font partie. Interrogés sur leurs principales missions, tous les cadres de santé rencontrés mettent tout d'abord en avant l'organisation générale du service et le management des ressources humaines : *c'est organiser tout le travail pour prendre en charge les patients (E1) ; C'est de gérer le flux des patients, c'est d'organiser les effectifs en fonction de leur compétence pour avoir le bon soignant au bon moment pour le bon patient, principalement (E2) ; Eh bien je gère le quotidien. Je gère... tout ce qui ne va pas dans un service. Tous les matins c'est Mme T on a besoin de vous, de ça... Je gère une équipe, le management d'une équipe c'est quelque chose de vraiment prenant (E4) ; il y a le quotidien avec plus d'une soixantaine d'agents avec quatre unités, avec des projets sur chaque unité (E5) ; pour moi les missions du cadre c'est évidemment gérer les ressources humaines au quotidien dans le service dans lequel on est (E6), gérer l'activité (E4). Les missions relatives aux ressources humaines (RH) apparaissent très chronophages : *Moi en termes de RH, j'y passe beaucoup de temps (E3). Le manque de temps ne leur permet pas selon eux de s'impliquer suffisamment et de prendre de la hauteur pour aborder sereinement les démarches d'amélioration de la qualité.**

Puis, la qualité des soins et la gestion des risques apparaissent au cœur des missions des cadres : *Le rôle du cadre de santé : c'est (...) la gestion de la sécurité des soins, la sécurité de l'organisation, la sécurité des professionnels. Donc sous le mot sécurité je mets qualité, gestion des risques (E1) ; c'est aussi de faire en sorte que la qualité des soins des urgences soit au rendez-vous (E2) ; après c'est aussi d'améliorer la prise en charge du patient (E3) ; on a des missions auprès des patients aussi, de veiller à la qualité des soins pour nos patients (E4) ; la gestion des risques et de la qualité, évidemment (E6)*. D'ailleurs pour plusieurs d'entre eux, le management de la qualité fait partie d'une routine quotidienne : *La gestion du risque c'est du quotidien (E5) ; En fait la qualité, le risque, c'est tellement énorme, c'est du quotidien, il faut que ça devienne du quotidien (E1) ; c'est un travail quotidien c'est-à-dire régulier (E2)*. En l'occurrence, pour Philip Crosby, le management de la qualité implique une poursuite permanente de l'action. L'accent doit être mis sur l'amélioration continue de la qualité. Dans la même idée, le management de la qualité selon la norme ISO repose sur une volonté constante d'amélioration pour obtenir le succès et l'amélioration de la performance globale d'une organisation. Ce principe d'amélioration continue est souvent représenté par un cycle d'action appelé « roue de Deming ». Un autre cadre va plus loin en affirmant : *on a une démarche qualité au quotidien. C'est comme une culture d'entreprise, ça se cultive (E5)*. La qualité n'est donc pas qu'une affaire de bon sens et d'outils méthodologiques, c'est un état d'esprit qui implique tous les professionnels de l'organisation. D'ailleurs pour impulser cette dynamique d'équipe autour de la qualité, un cadre de santé affirme que la qualité ne se gère pas par des normes mais au travers de contacts humains : *Il faut que l'équipe ait confiance en vous pour pouvoir travailler (E1)*. Pour Arrow (1974), *la confiance est un lubrifiant important du système social*. Sans ce lubrifiant, véritable facilitateur, il est difficile de faire fonctionner tous les sous-systèmes de façon coordonnée. Il s'agit aussi de *donner du sens au travail (E2)* ajoute un cadre de santé. Un professionnel sera motivé s'il sait pour quoi et vers quoi il travaille. Pour réussir à développer l'implication des professionnels, il faut donc donner du sens à ce qui leur est demandé.

Le management de la qualité repose sur des compétences techniques au travers d'un savoir-faire, la prévention, la mesure et la mise en œuvre de mesures correctives.

Les actions de management de la qualité pratiquées par les cadres de santé rencontrés sont tout d'abord la rédaction et la mise à jour de protocoles pour les soins : *j'ai revu tous les protocoles et je les ai tous informatisés et fait vérifier par les médecins (E4) ; tous les soins sont procédurés et c'est moi le gestionnaire, le chef de projet c'est le chef de service. Je gère*

tous les formulaires rattachés, je gère plus d'une centaine de procédures c'est-à-dire que ça va de comment j'accueille un professionnel, comment j'appelle un médecin, de comment je fais les soins, comment je fais un pansement de cathé, comment je fais le ménage, comment en cas d'urgence j'appelle le SAMU etc (E5). En termes de prévention, deux cadres de santé disent manager la qualité par le contrôle du respect des bonnes pratiques : c'est dix minutes de contrôle tous les jours sur un thème, un sujet, une identitévigilance. Ça m'arrive de passer dans les services de soins et je vérifie le bracelet, je passe je dis bonjour au patient, « est-ce que vous avez votre bracelet ? » Je regarde le bracelet s'il y a toujours l'étiquette (E1) ; regarder les transmissions (...), assister aux transmissions (...), quand j'ai envie d'en savoir un peu plus je vais sur le logiciel, ça me permet de voir comment elles font leurs macrocibles, de voir si j'ai les infos par leurs transmissions (E3). Ces actions contribuent plutôt à entretenir l'existant, elles n'initient pas de changements dans les pratiques organisationnelles des soins.

L'ensemble des cadres citent aussi les événements indésirables comme outils pour améliorer la qualité des prises en charge et des pratiques. Mais nous verrons par la suite que le paysage est hétérogène en fonction des services.

Les cadres s'appuient également sur la mise en place de référents pour relayer les informations : *J'ai bien une référente pharmacie comme mes collègues, une référente pour le dossier de soins informatisé, un référent hygiène (E3). L'important c'est de bien choisir ses référents c'est à dire (...) qui ont une reconnaissance de la part de leurs pairs de par leur expérience professionnelle ou de leur attitude (E1).*

Pour trois des six cadres, la prévention passe aussi par l'identification des risques en élaborant le compte-qualité du service qu'ils encadrent : *donc aujourd'hui on nous a demandé d'élaborer un compte qualité. Ce compte qualité a été fait à l'initiative de la cellule gestion des risques (E6) ; On a un compte qualité. On a toutes ouvert un compte qualité. On a rempli les gros titres sur notre espace commun... (E3), On a aussi beaucoup travaillé avec le compte-qualité, cette analyse à priori des risques, on est en train d'écrire notre compte-qualité : on a tout décrit étape par étape. On essaie d'établir un retour, on essaie d'intégrer nos professionnels sur cette étape-là. Qu'est-ce qui peut arriver, est-ce que c'est fréquent ? Est-ce que c'est grave ? On côte (E2). De manière générale, l'emploi du pronom indéfini « on » domine dans les discours des professionnels, ce qui témoigne d'une certaine distanciation par rapport à l'objet du discours (le compte-qualité). L'emploi de formules de type « nous », « notre », « pour nous » témoignerait davantage d'une mobilisation.*

La formation apparait aussi comme un levier pour développer l'amélioration continue de la qualité : *je leur propose c'est des petites interventions de médecins le midi ou en début d'après-midi... par exemple sur la transplantation rénale, les pré-greffes. (...) En fait ma responsabilité est de surtout bien les accompagner à bien se former (E3), la prochaine journée JACIE²⁷ on va faire un atelier sur l'erreur médicamenteuse parce que l'année dernière il y a eu des EI sur les PCA²⁸, des erreurs de manipulation, de dosage etc (E5), ou encore l'organisation de formations pour accompagner les professionnels dans l'écriture et dans l'utilisation de la déclaration des EI.*

Par ailleurs deux cadres ont mené des analyses d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) : *Notre travail a interpellé l'hygiène, parce que [nom de l'établissement concerné par ce travail de recherche] tout le monde est dans la même problématique et cela nous a amené à modifier carrément les items dans le dossier patient informatisé. Alors, notre propre EPP a essaimé sur l'ensemble des unités d'ortho et a essaimé sur l'ensemble de l'établissement (E1).* Un cadre évoque l'utilisation de la méthode du patient traceur récemment promue dans le cadre de la certification V2014. Ces actions innovantes en matière d'amélioration de la qualité peuvent être mises en lien avec les formations suivies par ces cadres de santé : le premier est en train de préparer un Diplôme Universitaire (DU) en gestion des risques et de la qualité des soins. Le second a un DU en hygiène hospitalière et suit actuellement un DU de qualité d'évaluation et de sécurisation des soins. On constate que lorsque les professionnels d'encadrement, point d'appui de la démarche qualité, ont bénéficié de formations précises en termes de démarche qualité, les professionnels de terrain sont davantage mobilisés et impliqués dans des actions d'amélioration de la qualité.

Il convient aussi d'ajouter que le cadre de santé qui recense 160 EI l'année dernière a une équipe composée de professionnels ayant une moyenne d'âge de 30 ans. Rappelons que les formations des paramédicaux depuis le référentiel de formation de 2009 reposent sur une approche par compétences et s'inscrivent dans une pratique réflexive. Initiés à la démarche d'analyse de pratiques professionnelles, ils apparaissent donc moteurs et ressources pour développer la culture qualité et sécurité des soins. La formation se révèle donc être un élément périphérique pouvant faire évoluer la représentation sociale de l'erreur.

²⁷ JACIE est un programme européen de certification pour l'activité de greffe de cellules souches hématopoïétiques.

²⁸ L'analgésie contrôlée par le patient (PCA) est un système d'auto-administration d'analgésiques permettant d'optimiser la prise en charge de la douleur, aiguë ou chronique.

4.2.3. Les évènements indésirables déclarés

- Nombre d'évènements indésirables déclarés

Au vu des entretiens réalisés, le nombre d'évènements indésirables déclarés est très variable d'un service à l'autre. Alors qu'un cadre de santé recense deux déclarations d'EI l'année dernière dans son service : *euh moi je dirais (soupir)... l'année dernière, bah ce n'est pas très objectif... deux l'année dernière* (E3), un autre cadre affirme : *l'année dernière en 2015, j'ai dû en avoir 160* (E5). Un autre cadre n'a pas su répondre à la question.

Deux autres cadres de santé n'ont pas une idée précise du nombre d'EI déclarés : *moi je vous avoue que je ne les compte pas mais effectivement on en a, à la louche sur le secteur d'anesthésie global, moi je dirais trois ou quatre par semaine* (E6) ; *je ne l'ai pas là mais on a la chance d'avoir une direction de la qualité qui mensuellement nous renvoie nos évènements indésirables, qui tient les comptes* (E2). Il semble donc que pour ces deux cadres, connaître précisément le nombre d'EI déclarés dans leur service n'est pas essentiel. La cellule qualité de l'établissement est leur système d'information. En effet, une liste des évènements indésirables du « pôle, service ou direction » est remplie automatiquement et en temps réel dans un logiciel de déclaration des évènements indésirables. Elle est consultable sur le site intranet de l'établissement. Les EI sont classés par mois et par année pour une durée de cinq ans. Ils sont aussi archivés sur un support numérique pour une durée illimitée.

L'interrogation peut effectivement se porter sur la pertinence d'un indicateur mesurant le nombre d'EI déclarés. Carl Macrae (2015) part du principe que mesurer le nombre d'EI ne mesure pas la sécurité car *ils ne couvrent qu'une infime partie des problèmes*²⁹. Il affirme que signaler tous les EI et même les presque accidents témoigne d'un manque de priorité. Il considère qu'*il faut mieux bien analyser qu'analyser beaucoup*.

Pour finir, un cadre ne connaissait pas précisément le nombre d'EI déclarés dans l'unité qu'il encadre mais pense se situer dans la moyenne : *si on prend les enquêtes on sait que pour trente lits il y a cinq évènements indésirables par semaine* (E1). Effectivement des enquêtes nationales menées en 2004 et 2009 sur les évènements indésirables graves associés aux soins ont estimé leur fréquence à 6,2 évènements indésirables graves (EIG) pour 1000 jours d'hospitalisation soit environ un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits. En l'occurrence il s'agit d'une estimation des EI ayant des conséquences potentiellement graves. *Sont considérés comme graves les événements qui entraînent une hospitalisation, une*

²⁹ cité et traduit dans <https://www.prevention-medicale.org/Revue-de-question-thematique/Toutes-les-revues-de-questions/Signalement-des-EIG-par-les-professionnels-de-sante/Le-probleme-avec-les-signalements-d-incidents-indesirables>

prolongation d'hospitalisation d'au moins un jour, un handicap, une incapacité à la fin de l'hospitalisation ainsi que les événements associés à une menace vitale ou à un décès, sans qu'ils en aient été nécessairement la cause directe. (Etudes et résultats, 2011, p. 2). Or l'établissement concerné par ce travail de recherche ne cible pas uniquement les EIG dans sa politique de gestion des risques. L'annexe 1 du guide « déclarer et gérer les événements indésirables »³⁰ de l'établissement précise la liste des événements indésirables que tout professionnel hospitalier peut être amené dans l'exercice de ses missions à constater et à déclarer. *Les EI peuvent porter sur les prises en charge, les actes de soins et thérapeutiques, les vigilances (matérovigilance, hémovigilance, pharmacovigilance...), les risques logistiques, les risques professionnels, les risques techniques, les risques informatiques, la sécurité des biens et des personnes*³¹.

Ainsi nous pouvons constater qu'une certaine ambiguïté persiste dans la perception de l'outil de déclaration des EI. Nous avons vu précédemment que la définition des événements indésirables variait d'un professionnel à l'autre. Cette différence de définition peut aussi expliquer le fort écart du nombre d'événements indésirables déclarés entre les différents services de soins. Ainsi, on peut émettre l'hypothèse que les cadres de santé ayant un faible nombre d'EI déclaré par an axeraient les déclarations vers les accidents graves alors que les cadres de santé affirmant avoir eu plus d'une centaine d'EI déclareraient les incidents fréquents.

De plus, les cadres de santé sont persuadés d'une sous-déclaration des EI : *Alors y'en a peut-être d'autres qui ne sont pas derrière déclarés (E3) ; je pense que tous les EI ne sont pas déclarés (...) je pense qu'on pourrait améliorer le score (E5)*. Une des raisons évoquée serait un manque de retour d'information vers le déclarant et l'absence de réponse suffisamment rapide : *parce que je me suis rendue compte que beaucoup d'EI, on n'avait pas forcément de réponse donc je vous avoue que beaucoup de choses si je peux je gère moi-même (E4)*. Une étude menée par Amy Edmondson auprès d'infirmiers a fait apparaître que les services dans lesquels les relations entre l'encadrement et les agents étaient les meilleures étaient ceux où les erreurs étaient près de dix fois plus nombreuses que dans les services où l'encadrement était jugé le plus mauvais. Ainsi le nombre de déclaration d'EI ne serait pas à interpréter comme un signe de mauvaises pratiques. Au contraire, il s'agirait d'une marque de maturité dans la réflexion de la gestion des risques. Amy Edmondson émit donc la conclusion que les infirmiers des services où les relations étaient les meilleures reconnaissaient beaucoup plus

³⁰ Version 2 en date d'application Août 2014

³¹ *Ibid.*

facilement les erreurs et n'hésitaient pas à les signaler. Par contre, dans les services où les infirmiers signalaient rarement des erreurs, la crainte de sanction était omniprésente.

On peut donc émettre l'hypothèse que l'environnement de travail joue un rôle clé pour favoriser la déclaration des EI. Ainsi, on peut supposer que dans les services qui recensent trois à quatre EI par semaine, l'environnement de travail est considéré comme suffisamment sûr pour que les professionnels osent signaler des erreurs sans crainte de représailles.

Amy Edmondson parle de « sécurité psychologique ». En effet quand un environnement n'est pas stable, les individus ne s'engagent pas dans des actions incertaines qui risquent de les mettre en danger en termes d'image ou de carrière. Pour Edmondson, la sécurité psychologique consiste en ce que les autres vont nous accorder en cas d'erreur. Un environnement psychologique sécurisé inhiberait la peur d'être jugé ou critiqué et rendrait donc plus facile l'expression des erreurs et des doutes. Le manager d'une équipe doit donc accompagner les équipes face à des situations de plus en plus complexes. Il doit penser des organisations de travail dynamiques avec des interactions efficaces entre les différents individus qui constituent l'équipe. Cela suppose de développer des qualités d'écoute, de pédagogie et de leadership (Edmondson, 2015, Les échos business³²). Et force est de constater que le système de santé est complexe. Pour René Amalberti³³, le modèle de santé change notamment grâce à l'excellence de la médecine : la durée de vie augmente statistiquement, les prises de risque sont augmentées pour inclure des patients de plus en plus fragiles somatiquement avec des pathologies de plus en plus complexes. Les nouvelles organisations de soins sont à flux tendu, les durées moyennes de séjour s'effondrent. Plus l'ambition est poussée, plus il y a des occasions de faire des erreurs. Aussi faudrait-il plutôt s'interroger sur les structures qui ne déclarent pas d'EI.

- Types d'événements indésirables déclarés

Les objectifs et les types d'EI déclarés apparaissent divers et variés. En effet, le formulaire de déclaration des EI est parfois utilisé pour exprimer un « ras le bol » : *Parfois les soignants mélangent, utilisent en plus cet outil pour dire leur mécontentement (E6)* ; les EI témoignent aussi de *la mauvaise communication [entre le service des urgences et le service de soins d'accueil en amont] de patients qui sont arrivés dans les services sans qu'ils [les services en amont] aient été prévenus (E2)*. On note aussi que le système de signalement des EI peut être

³² <http://business.lesechos.fr/>

³³ René Amalberti est Directeur de la Fondation pour une culture de sécurité industrielle et conseiller sécurité des soins de la HAS

utilisé pour des dysfonctionnements techniques où la rédaction d'un bon de travaux semblerait suffire : *Il y a des EI qui sont faits, c'est très rigolo, où il y a une réactivité incroyable : voyez il faisait 15° dans la pharmacie là où on stocke les médicaments. On a fait un EI, on n'a pas fait une demande d'intervention, on a fait un EI parce que ça perdure depuis l'année dernière. En fait les produits sont à 15° qu'on injecte aux patients, des perfusions. Eh bien dès le lundi j'avais la direction des travaux* (E1).

Les EI déclarés portent aussi souvent sur des problèmes d'organisation transversale : *C'est aussi lorsqu'il y a un problème dans le transport* (E4) ; *on a beaucoup d'évènements indésirables (...) sur les transports qui ne sont pas forcément de notre ressort* (E2). On retrouve aussi des EI « non associés aux soins ». Il s'agit d'EI liés à la sécurité des biens et des personnes : *la dernière fois que j'ai fait un EI j'ai eu une jeune femme hospitalisée qui a volé sa voisine (...) si vous avez quelqu'un qui rôde on va appeler la sécurité mais aussi on va faire un EI pour décrire ce qu'on a vu* (E4), *on a beaucoup d'évènements indésirables tels que les pertes d'objets* (E2). Les cadres de santé évoquent aussi un nombre important de déclarations de chutes : *Les déclarations de chutes à tout va, il faut que je les garde toutes* (E1), *les chutes c'est systématique* (E4). Le formulaire de déclaration est dans ces exemples plutôt utilisé comme un outil de signalement (dans une logique de « prendre acte » d'un incident) plutôt qu'un élément de réflexion globale pour résoudre un problème organisationnel.

Les EI peuvent aussi porter sur des événements liés à l'identification des patients : *J'en ai eu un, si, un, au début de l'année avec une histoire de tube et d'étiquette. Il y avait un décalage entre les 2 tubes... (Soupir) », « Une fois il y a failli av... enfin il n'a pas eu d'erreur de culot sanguin mais juste de..., de prise de sang pour le CTS³⁴. Donc voilà après c'était un problème de nom mais c'était au-delà du secteur. C'était euh... des homonymes. C'était encore tout une histoire avec une date de naissance etc.* (E3). Dans le même registre un cadre signale qu'un EI a été rédigé car *on a retrouvé dans le dossier médical le compte-rendu d'un autre patient* (E2).

D'autres EI sont liés à la prise en charge médicamenteuse : *On commence à déclarer les erreurs de prescriptions, les doublons de prescriptions par exemple qui ont des conséquences. Par exemple, récemment deux médecins ont prescrit l'anticoagulant mais un à 22 heures et un à 8 heures. L'infirmière du matin a donné celui de 8 heures et celle du soir avait donné celui de 22 heures. Sauf que le patient venait d'être opéré d'une prothèse de hanche il y avait*

³⁴ Centre de transfusion sanguine, à présent appelé établissement français du sang (EFS)

des redons (E1) ; j'ai eu une erreur de prescription qui a été déclarée. C'est la prescription s'arrête le vendredi d'antibiotique, alors que c'était pour trois semaines. Le médecin avait mis toute une semaine sur le DXcare³⁵... Ça disparaît... L'infirmière arrive le matin, une infirmière du service de remplacement, pas habituée, cela ne l'a pas effolée qu'il n'avait pas d'antibiotique (E1). Un autre cadre dit : Après l'EI peut être fait aussi s'il y a une erreur lors d'une prescription où du coup on le fait aussi (E4). Une autre cadre ajoute c'est aussi quand il y a une erreur médicamenteuse : la PCA a été installée, la pompe à morphine, et puis il y a eu une erreur de dosage etc... ou il y a un patient qui a réagi à un médicament et bien on le note (E5).

Un cadre de santé recense aussi des EI en lien avec l'hémovigilance : *on passe beaucoup de transfusion donc dès qu'il y a un souci sur le passage d'une poche de sang on fait une déclaration (E5).*

Enfin on retrouve aussi des EI en lien avec la matériovigilance : *par exemple je vais vous en citer un : ils nous ont livré des nouvelles sondes nasogastriques mais on ne peut pas les adapter sur les tubulures d'alimentation parce que le connecteur n'est pas adapté (E5).*

Les paramédicaux semblent donc s'approprier l'outil de déclaration des EI mais en font un usage variable selon les services. La diversité des signalements émis montre une certaine maturité du système de signalement. En tous les cas, le fait d'y participer marque une évolution des comportements face à l'erreur et fait évoquer le fait que les événements indésirables associés aux soins soient moins tabou. Comme Guimelli l'avait démontré, nous constatons ici que les pratiques font évoluer les représentations sociales. *Un changement au niveau des idées doit être inévitablement précédé d'un vécu au niveau des pratiques (Guimelli, cité par Abric, 2011, p. 103).*

Il apparaît aussi que sans une forte implication des cadres de santé dans le signalement des EI la démarche ne peut vivre et se pérenniser.

4.2.4. Le traitement des évènements indésirables

Les EI sont traités de façon différente selon l'unité où ils surviennent.

Tout d'abord, les entretiens révèlent que tout dysfonctionnement identifié ne fait pas l'objet d'un formulaire de déclaration. Dans certaines unités, les professionnels signalent en premier lieu les EI au cadre du service qui évalue la nécessité de les transmettre au service qualité :

³⁵ Logiciel du dossier de soin informatisé

Mais effectivement je fais beaucoup de choses par moi-même. Quand c'est quelque chose que je suis capable de gérer, je gère. Je vous dis je gère les petites choses, voilà quoi... les trucs que je suis capable de gérer, sans faire un EI (...) quand c'est des bricoles, pourquoi aller écrire si on peut gérer par nous-même (E4). Lors d'un autre entretien, un cadre de santé évoque un problème d'organisation et de coordination entre deux unités. Il le relate ainsi : *ça va tellement vite et le programme n'est pas respecté. Et y'a du harcèlement par exemple du plateau technique pour changer les patients parce que ça ne va pas assez vite. Le patient est prévu à 11h15 alors qu'il ne rentre qu'à 11h30. Ils veulent l'avoir plus vite. Alors voilà, à un moment donné, il y a une montée d'adrénaline et je pense que... voilà, C'est inévitable (E3).* Malgré tout, ce dysfonctionnement récurrent et relatif au fonctionnement n'est pas qualifié d'EI et le cadre de santé n'a pas engagé d'analyse approfondie des causes.

Lorsque le dysfonctionnement est identifié dans ces services précités, les cadres de santé disent le traiter en interne du service : *Après on travaille ensemble pourquoi il y a eu cette erreur là (...) Et du coup on réajuste un peu notre organisation (...) bon voilà, j'ai refait une réunion etc, mais bon, c'était du turn-over, plusieurs personnes qui interviennent... (E3) ; Du coup dès qu'il y a un souci, qu'il y a quelque chose, ou qu'on s'aperçoit qu'on ne travaille pas comme il faut, on en reparle avec l'équipe et on voit un petit peu comme on peut gérer notre façon de travailler pour que le patient soit au mieux possible accueilli, dans l'unité. Quand je peux gérer moi-même les problèmes, je les gère toute seule (...) je vous avoue que beaucoup de chose si je peux je gère moi-même. Et en règle générale ça se passe bien. Mais effectivement je fais beaucoup de chose par moi-même. (...) Et l'IDE qui s'est trompée... ? Et bien on la rencontre pour comprendre pourquoi elle s'est trompée. Qu'est ce qui a fait qu'elle s'est trompée ? Est-ce que c'est parce qu'ils étaient en moins et qu'elle a été débordée ? Est-ce que c'est parce qu'elle n'avait pas vérifié le médicament et qu'elle le prit dans la case sans regarder ce que c'était ? Vous voyez, on fait une sorte de CREX après et on fait une analyse des causes pour essayer de trouver pourquoi il y a eu l'erreur (E4).* Ainsi, les cadres de santé effectuent des réajustements en cas de dysfonctionnement ou de problème, souvent au coup par coup. Peut-être est-ce la crainte de révéler publiquement une faiblesse dans l'organisation du service qu'ils encadrent ? N'est-ce pas une forme de filtre pour ne pas faire remonter au niveau de la cellule qualité des choses qu'ils ne souhaitent pas voir révélées au grand jour ? Toujours est-il que ce mode de traitement peut priver l'institution de données pour évaluer les risques réels à l'échelle de l'établissement de santé. En effet, informer la cellule qualité des EI permet d'alimenter une base de données et de repérer d'éventuels

événements inhabituels ou à caractère potentiellement sériel. Relayer les informations permet aussi d'affiner la cartographie des risques de l'établissement et de capitaliser les enseignements des événements passés pour améliorer la gestion des risques de l'établissement. C'est de plus une démarche qui permet d'avoir une vision transversale et de dégager des axes d'amélioration institutionnels. Il s'agit aussi d'une démarche collective, préventive parce qu'un événement grave est souvent précédé d'événements mineurs. Pour le philosophe G. Santayana (*The life of reason*), *Ceux qui ne peuvent se rappeler le passé sont condamnés à le répéter*. Rappelons aussi que signaler est aussi une obligation depuis la loi du 4 mars 2002.

Enfin, notons également que les cadres cités précédemment disent en parlant de leur façon de gérer les EI : *on voit un petit peu comme on peut gérer (E4) ; Et du coup on réajuste un peu notre organisation (E3)*. Les expressions « un petit peu », « un peu » sous-entendent une analyse, un traitement partiel et incomplet des dysfonctionnements. Cela va donc à l'encontre d'une culture de maîtrise des risques telle que décrite dans le manuel de certification V2010 dans son critère 1.g. : *Les organisations avec une culture effective de la sécurité sont caractérisées par des perceptions partagées sur l'importance de la sécurité et une confiance dans l'efficacité des mesures de prévention et des actions correctives*³⁶.

Ces propos font donc état de l'importance de la perception personnelle du risque dans la démarche de signalement. Cependant, les cadres précités affirment faire le signalement des EI graves à la cellule qualité. En effet, suite à la répétition d'EI de niveau II (selon l'échelle de gravité des EIAS de l'HAS) un cadre déclare avoir traité avec la direction de la qualité un problème d'identitovigilance l'année dernière : *Tout le temps c'est des histoires d'étiquetage de bons au labo donc ça a comme conséquence qu'il faut changer, refaire un bilan, un gros bilan. Ça peut avoir une conséquence si ce n'est pas déclaré parce que c'est un patient qui ne sera peut-être pas mis sur liste tout de suite (E3)*.

Les unités des autres cadres de santé interviewés utilisent davantage le formulaire de déclaration des EI. L'équipe ou le cadre de santé adressent le formulaire à la cellule qualité de l'établissement via un support informatique unique : *Cet EI monte à la cellule qualité de façon informatique. C'est automatisé, la cellule qualité en fonction du service auquel il se rapporte va renvoyer à un groupe de personnes qui sont en responsabilité de la gestion de cet EI, c'est-à-dire le chef de service, le cadre supérieur de santé, le cadre de santé de l'unité*

³⁶ Disponible sur <http://www.has-sante.fr/>

(E6). Un autre cadre dit : *En fait je les [les EI] envoie à la cellule qualité (E1)*. La déclaration de l'EI apparaît comme un acte administratif déclaratif : *En fait je les envoie à la cellule qualité mais je n'attends pas que la cellule qualité me dise de quoi faire (E1), Tous les EI, c'est moi qui les suit. Il y a des RMM³⁷ aussi, c'est moi qui les suit. Les EI c'est un formulaire (E5)*. Ensuite, l'évènement indésirable déclaré, les cadres de santé disent gérer eux-mêmes en interne de leur équipe et discuter des moyens à mettre en place : *Donc là c'est très simple « action, réaction » c'est-à-dire rappel des bonnes pratiques, relecture à cinq jours attention aux antibiotiques, aux protocoles de soins voilà pour toute l'équipe (E1)*. Notons que ces cadres de santé ont suivi des formations ou ont une activité transversale dans la gestion des risques. Ces cadres de santé étant sensibilisés et formés à l'analyse des causes peuvent donc avoir la légitimité pour réaliser une première évaluation de l'EI et mettre en œuvre les premières actions correctives.

La cellule qualité de l'établissement est identifiée pour les cadres comme une ressource méthodologique si besoin : *De toute façon on a une équipe qualité qui est là pour nous aider si on a besoin. On a des personnes référents, si on a besoin. Mais jusqu'à maintenant je n'ai eu l'occasion. Mes collègues qui ont participé à ce genre de CREX ou RMM ont été aidées par la cellule qualité. Il y a une politique institutionnelle par rapport à ça (E4) ; je vais appeler l'ingénieur qualité si je veux faire un CREX y a des gens qui sont payés pour ça dans l'établissement, je ne suis pas toute seule (E1)*.

En définitive, les EI sont donc exploités de différentes façons selon le cadre de santé : réunions de service, rappel des bonnes pratiques. Certains cadres utilisent des méthodes de gestion de la sécurité des soins telles que les CREX ou RMM : *les CREX, il y en a dans certains services qui sont ici aujourd'hui. Moi dans le service dans lequel j'étais en charge au niveau de l'anesthésie je n'en avais pas. Par contre il y a un bloc opératoire au niveau du CHU qui fait des CREX, c'est le bloc opératoire des urgences (E6) ; on a un CREX tous les deux mois et on reprend nos évènements indésirables c'est-à-dire qu'on choisit un évènement indésirable avec l'équipe lors du CREX on va travailler l'analyse de cause, essayer de mettre en place un plan d'actions et on reprend, à chaque CREX aussi la liste des évènements indésirables par exemple sur l'identitovigilance, par exemple sur le patient mal préparé au bloc opératoire et on regarde par rapport au CREX qu'on a déjà étudié, si jamais cette thématique-là a déjà été étudiée, on regarde ce qu'on avait mis en place, on regarde les*

³⁷ Revue de mortalité et de morbidité

écarts et on rediscute avec l'équipe de ce qui reste à travailler. Donc on essaie vraiment de faire ça tous les deux mois (E2). Dans ces derniers propos, il apparaît une périodicité des réunions. Les autres cadres qui utilisent cet outil d'analyse systémique n'indiquent pas de fréquence. Or les CREX font l'objet d'objectifs institutionnels. Des supports méthodologiques sont formalisés. D'ailleurs, l'équipe opérationnelle de gestion des risques associés aux soins de l'établissement de santé concerné par ce travail de recherche préconise dans le guide « Atelier qualité CREX »³⁸ un timing d'une heure et demie, une fois par mois. La maturité culturelle des CREX a donc une marge de progression. Si l'outil semble adopté, son appropriation n'est pas encore optimale.

Par ailleurs, la majorité des cadres de santé, quelle que soit leur expertise en gestion des risques, affirment ne pas analyser et traiter tous les EI déclarés : *La direction des soins nous demande des fois de travailler, d'utiliser un EI, et de travailler derrière... Pourquoi pas, mais bon voilà, après... (E3).* D'autres affirment faire une sélection des EI : *les chutes je ne les traite pas (E1) ; Des chutes... bah oui, mais les chutes chez nous en neuro, y'en a ! Qu'ils chutent chez nous ou qu'ils chutent chez eux, ils chutent pareil. Nous se sont des malades qui ont des troubles neurologiques, qui sont à risque. Ils chutent aussi bien chez eux que chez nous. Mais c'est systématique, c'est fait [la déclaration de l'EI] par contre au cas où il se passe quelque chose (E4).* Les chutes sont donc banalisées, mises sur le compte de la fatalité alors que leur incidence est élevée. Faire le choix de les déclarer mais de ne pas en faire l'analyse des causes signifierait que cette problématique n'est pas considérée comme un point important malgré la fréquence et les conséquences que les chutes peuvent engendrer. Les troubles neurologiques majorent effectivement le risque, mais les chutes peuvent être favorisées par de nombreux autres facteurs : l'environnement, une modification de l'état de santé, les traitements... Leurs conséquences peuvent être majeures : blessures, fractures, conséquences psychologiques et sociales... Les chutes sont potentiellement source de dommages et répondent donc à la définition des EI retenue par la HAS. Il serait donc logique que l'ensemble des professionnels se penchent sur cette problématique pour mettre en œuvre des actions préventives. De nombreuses études ont souligné la responsabilité directe ou indirecte de certaines pratiques professionnelles et organisations de service. D'ailleurs, l'établissement concerné par ce travail de recherche en a fait un axe prioritaire dans le programme « qualité, gestion des risques, développement durable 2012/2016 : prévention et prise en charge des chutes des patients - axe 12 ». La notion d'engagement et d'implication

³⁸ 08/11/2012

apparaît donc variable selon la représentation que le cadre de santé se fait de l'EI déclaré. On peut donc dire qu'il y aurait aussi une organisation informelle en manque d'adhésion avec les objectifs de l'organisation officielle.

Enfin, des cadres insistent sur la nécessaire collaboration avec l'équipe médicale : *Vous êtes obligé d'avoir une collaboration avec l'équipe médicale (E1) ; Le lien avec les médecins c'est aussi une volonté de leur part, du chef de service, dans le service il y a l'équipe médicale et on marche de front, il n'y a pas de confrontation, on marche ensemble (E5) ; ça oblige aussi les médecins à se positionner. Les professionnels quand ils voient que les médecins accèdent à ça, ils sont d'accord. Il faut que le cadre, l'institut soient d'accord mais il faut aussi que le médecin valide et soit porteur et on sait bien ce que c'est parce qu'on a été infirmière et il y a une vraie collaboration, une vraie entente infirmière-médecin, si le médecin n'oblige pas les infirmières à suivre, ça ne fonctionne pas. Il faut que ça soit porté par le trinôme c'est important (E2)*. En effet, c'est un des sept principes du management de la qualité selon la norme ISO : pour gérer un organisme de façon efficace et efficiente, il convient de respecter et d'impliquer l'ensemble du personnel à tous niveaux. Cependant l'ensemble des entretiens laissent aussi entendre que les déclarations des EI émanent principalement de l'équipe paramédicale même si un cadre précise : *on a eu un évènement indésirable sur une personne âgée qui était reçue aux urgences et c'est le médecin des urgences qui l'a déclarée (E2)*. Ce fait a été aussi mis en avant par Mireille Faugère, directrice générale de l'AP-HP : *50 % des signalements sont le fait des infirmières et seulement 6 % proviennent des médecins*. Or pour elle, *s'il n'y a pas de signalement, il n'y a pas de progrès*³⁹. Si des organisations s'engagent dans des démarches de valorisation de l'erreur, restreindre la déclaration de l'erreur aux seuls subordonnés est une erreur de communication et de stratégie. En effet les dirigeants, les professionnels encadrants, les médecins modélisent des comportements. Pour quelle raison ne seraient-ils pas concernés par l'erreur ? Ne seraient-ils pas humains, donc faillibles ? A ce titre, les notions de transparence, d'engagement, d'implication de tous sont nécessaires pour développer une culture qualité quel que soit le statut.

³⁹ http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-erreurs-medicales-il-faut-rompre-le-silence_8259.html. Rédigé le 28/09/2012

5. SYNTHÈSE

Ce travail d'initiation à la recherche a pour but d'étudier les représentations sociales de l'erreur des cadres de santé et de mesurer leur impact sur leur management de la qualité des soins. A présent, Il s'agit de répondre à ma question de recherche en confirmant ou non l'hypothèse posée.

Mon hypothèse était la suivante :

Toute erreur, dysfonctionnement ou défaillance constitue une opportunité de progrès individuel et collectif. Le cadre de santé par son engagement et son implication dans le traitement des erreurs, va porter une culture de la déclaration des événements indésirables. En invitant les professionnels de santé de l'équipe à signaler tout incident et en réhabilitant le droit à l'erreur, le cadre de santé développera une culture de la qualité et de la sécurité des soins.

Les établissements de santé sont des structures complexes et à risques. Le système de santé connaît des évolutions majeures : progrès des techniques médicales et évolution des parcours de soins dans un contexte budgétaire exigeant. Certes, l'adage populaire reconnaît que l'erreur est humaine car l'être humain est faillible mais il ne faut pas omettre qu'elle peut avoir des conséquences graves. Alors même si le risque zéro n'existe pas, il faut tendre à réduire la probabilité de faire des erreurs.

Les éléments recueillis, tant dans la phase exploratoire que dans le cadre conceptuel et l'analyse des entretiens de ce travail d'initiation à la recherche, me permettent de penser que l'erreur peut effectivement être source d'apprentissage et une opportunité de progrès. L'erreur est génératrice de significations. Elle donne des informations, elle révèle des carences du système, des dysfonctionnements dans l'organisation. Elle témoigne de processus défaillants, de défauts de coordination ou de communication. Un dysfonctionnement a rarement une seule cause. Il est généralement le résultat d'un enchaînement d'événements non désirés. Aussi, l'objectif d'un système de signalement des événements indésirables est de développer l'engagement individuel, collectif et pérenne des professionnels au profit de la qualité et la sécurité des soins. Ce système intègre plusieurs étapes. Tout d'abord le signalement permet de collecter, centraliser, recenser et classer les événements indésirables. L'évaluation et la hiérarchisation des EI permettent d'établir un état des lieux des vulnérabilités de l'établissement pour définir des axes prioritaires d'actions et ainsi mettre en place des mesures

correctives ou préventives pour tirer des enseignements des erreurs commises. Ce système doit donc permettre d'augmenter le niveau de sécurité de l'organisation.

Nous avons pu voir combien l'engagement des cadres de santé conditionnait la mobilisation des professionnels de terrain. Le cadre de santé, relais entre la politique stratégique de l'institution et les équipes soignantes, est un acteur clé. Il connaît les professionnels de l'équipe qu'il encadre, leurs préoccupations et la dynamique du groupe. Les cadres de santé sont donc les points d'appui de la démarche qualité. Ils sont des éléments moteurs pour impulser les projets et les faire vivre dans les unités qu'ils encadrent. Une adhésion et un investissement réel des cadres de santé sont donc essentiels pour mener la politique institutionnelle de la qualité. Il semble alors fondamental qu'ils soient d'une part sensibilisés à ses enjeux et d'autre part qu'ils bénéficient de formations précises sur les méthodes et outils de la démarche qualité : objectif de la démarche, maîtrise des définitions, connaissance des obligations réglementaires, appropriation d'outils et de méthodes... Le cadre est donc un acteur central, en véritable porteur de messages pour développer une culture de la qualité et de la sécurité des soins.

Cependant, s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ne peut être une initiative isolée. Le cadre de santé ne peut à lui seul porter la culture de la qualité et de la sécurité des soins. Et même si l'appropriation de la démarche qualité tend à se développer, les entretiens montrent que la marge de progression est importante. Pour s'inscrire durablement dans cette démarche, un certain nombre de conditions dépendantes les unes des autres sont nécessaires :

- Un engagement institutionnel fort ;
- Une mobilisation de l'ensemble des professionnels ;
- Un climat de sécurité psychologique et de confiance ;
- une acculturation par de la formation.

Tout d'abord, les propos recueillis lors des entretiens témoignent de l'importance de l'engagement de l'institution pour le succès et la pérennité de la démarche. Il apparaît essentiel d'avoir un engagement fort de la Direction pour structurer la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et identifier de façon précise les priorités sur lesquelles l'établissement doit porter ses efforts. La politique qualité doit donc être communiquée, connue à tous les niveaux et dans tous les services. Les entretiens révèlent aussi l'importance d'une structure de pilotage de la qualité pour porter la politique institutionnelle et sensibiliser les équipes. Celle-ci a un rôle de facilitateur par l'apport

d'outils et de méthodes (logiciels, formulaires, appui méthodologique) et assure le suivi des actions dans l'objectif d'instaurer progressivement une culture de la qualité. Par ailleurs, les cadres et les professionnels de terrain ressentent parfois une impression d'inutilité du signalement des EI et se démotivent. Il y a sans doute aussi à partager des expériences, à communiquer au sein de l'institution pour valoriser l'engagement et l'implication des professionnels (à condition de garantir la confidentialité des lieux et des personnes). Décloisonner les services, renforcer les interfaces pour agréger les informations et partager les actions correctives entreprises permettrait aussi de porter une culture de la déclaration de l'EI à l'échelle de l'établissement.

En second lieu, une culture de sécurité et de qualité des soins repose aussi sur l'engagement et la mobilisation de tous les professionnels. Nous avons pu constater que l'investissement dans la démarche qualité est hétérogène selon les services. Tous les services n'en ont pas la même imprégnation au quotidien. La déclaration des EI est encore parfois vécue comme un jugement ou une démarche administrative supplémentaire et contraignante. Or, les soignants veulent faire de la qualité et s'y investissent souvent sans le savoir. La démarche est implicite mais pas explicite. L'enracinement d'une culture qualité avec une approche positive de l'erreur implique donc un changement profond des mentalités. *La culture de sécurité désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins. Par « ensemble cohérent et intégré de comportements », il est fait référence à des façons d'agir, des pratiques communes, mais aussi à des façons de ressentir et de penser partagées en matière de sécurité des soins*⁴⁰. Il s'agit donc d'animer la qualité au quotidien en appliquant le principe de son amélioration continue (schématisée par le cycle du PDCA). Chacun doit en être convaincu pour pouvoir s'engager et y donner du sens. La clarté dans la définition et l'organisation de la démarche qualité donne des repères et du sens à chacun pour favoriser le travail en collaboration. La communication est donc essentielle et décisive pour mobiliser les équipes et s'approprier la démarche. Et puis, une culture de la qualité des soins passe aussi par l'implication et la collaboration des communautés médicales. Lorsqu'un EI survient, toutes les responsabilités ne reposent pas sur les paramédicaux. Le signalement des EI ne doit pas reposer uniquement sur cette catégorie professionnelle. Un accident provient toujours d'une succession de défaillances du système.

⁴⁰ La culture et la sécurité des soins : du concept à la pratique. (2010). Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/>

Ainsi personnels encadrants, techniques, administratifs, médicaux doivent aussi se sentir concernés, être impliqués et acteurs du système. Seule une conception collective de la gestion des risques instaurera un climat de confiance et coopératif pour permettre aux professionnels de se situer dans une organisation avec des objectifs communs.

La libération de la parole et la visibilité du soutien de la Direction sont des éléments fondamentaux. C'est ainsi que l'instauration d'un climat de confiance apparaît aussi essentiel pour évoluer vers une culture de la qualité. L'erreur a un impact psychologique, elle touche l'intime et confronte à la vulnérabilité. L'implication des cadres de santé, soutenue par une politique institutionnelle, est donc primordiale pour passer d'une culture de la faute à une culture de la sécurité. Nous avons constaté que motiver et faire participer le personnel aux démarches d'amélioration de la qualité peut s'avérer difficile. Les entretiens ont révélé des styles de management différents selon les cadres de santé rencontrés. Un management directif peut sembler adapté pour imposer les changements et les méthodes, pour forcer à franchir « le pas ». Ce style de management crée aussi un sentiment de sécurité. Il est « cadrant » par des instructions et des objectifs précis. Cependant, le management pourra ensuite évoluer vers un style participatif pour une implication, une responsabilisation et une motivation de plus en plus grandes des professionnels. Le management participatif pourra contribuer à améliorer en profondeur le système en tenant compte des connaissances et des propositions des professionnels. L'émulation créée pourra aboutir à accroître l'implication des professionnels. En définitive, il convient de mettre en œuvre un environnement psychologiquement sécurisant pour les professionnels en respectant un état d'esprit collectif, basé sur la bienveillance et l'absence de remise en cause ou de culpabilité des acteurs. La déclaration des EI n'est pas une démarche spontanée dans tous les services. Cette réticence réside essentiellement sur les propres représentations sociales des individus de l'erreur. Et pourtant, le signalement des EI est un levier important pour améliorer l'existant. Une des solutions pourrait être par exemple la mise en place d'une charte de non punition des erreurs qui ancrerait le principe de l'erreur positive dans les valeurs de l'institution. C'est un acte symbolique fort qui engage l'établissement par écrit à ne pas engager de sanction disciplinaire à l'encontre de professionnels qui signalent un EI dans lequel ils sont impliqués ou qu'ils ont constaté (sauf manquement délibéré aux règles de sécurité). Un climat de confiance est donc aussi un ingrédient essentiel pour construire une culture de la qualité. La confiance ne se décrète pas elle se co-construit, s'entretient et se renforce par la communication. Pour donner vie à un

climat de confiance, l'honnêteté, le dialogue en interprofessionnalité inscrit dans une perspective de réflexion et d'expression, le respect, le soutien et la reconnaissance institutionnelle, la valorisation des professionnels sont des éléments favorisants.

Par ailleurs, pour pouvoir s'impliquer dans les démarches d'amélioration de la qualité des soins et des prises en charge, les différents acteurs de l'institution ont aussi besoin de s'approprier les concepts et les outils de la qualité. Aussi, il apparaît essentiel de proposer des actions de formation adaptées pour permettre leur investissement actif. Il convient en premier lieu d'adopter un langage commun. En effet, nous avons pu voir lors des entretiens combien la justesse des mots pouvait impacter les messages transmis. Il existe un phénomène culturel associant la faute à la notion d'erreur. S'engager dans une culture positive de l'erreur suppose tout d'abord de distinguer et de préciser ce que recouvrent les notions d'erreur et de faute. En cas de glissement sémantique, le message transmis peut devenir une source d'ambiguïté et de confusion ayant pour conséquence de créer un climat de suspicion. Pour s'approprier les démarches d'amélioration de la qualité des soins, la formation doit se conduire dans une conception socioconstructiviste pour permettre la construction active de savoirs, savoir-faire et de vouloir-faire. Il n'est alors plus question de faire barrage à l'erreur. Il s'agit de s'appuyer sur des situations vécues, réinterroger les expériences et les connaissances antérieures de chacun pour développer de nouvelles compétences par l'interaction sociale. *On apprend en prenant conscience et non en suivant une voie toute tracée, la meilleure fût-elle* (Piaget). La formation est donc un levier pour l'émergence d'une culture qualité. De surcroît, la réingénierie des formations paramédicales avec la mise en place d'un référentiel basé sur les compétences et la posture réflexive vont certainement contribuer à instaurer une culture du signalement et de l'analyse des pratiques professionnelles. On peut donc espérer que les nouveaux professionnels pourront être ressource et moteurs dans les équipes.

En plus de ces quatre conditions, nous avons vu aussi que l'engagement de certains cadres de santé dans la démarche qualité se heurte parfois à leur sens à l'ampleur des tâches qui leur incombent. Ils évoquent la gestion des plannings et de l'absentéisme, les sollicitations des familles, des médecins des équipes soignantes, les réunions... Aussi, les contraintes de la démarche qualité semblent prédominer avant l'objectif. Le côté formaliste peut décourager. La cellule qualité apparaît donc essentielle pour entretenir la dynamique et apporter un appui

méthodologique. La notion de temps apparait aussi importante pour maintenir la motivation, l'implication de tous et assurer la pérennité des démarches.

6. CONCLUSION

J'arrive donc au terme de ce travail d'initiation à la recherche. Ce fut une expérimentation riche en questionnements, en doutes, en remises en question, en lectures. Je mesure le chemin parcouru. L'élaboration de ce mémoire m'a permis de découvrir la méthodologie du travail de recherche en sciences sociales. Elle oblige à développer des qualités de clarification, de concision, bref de se faire comprendre.

Le travail de recherche a pour vocation de décrire, d'expliquer. Ce travail m'a donc obligée à prendre du recul : la recherche ne peut être entachée de jugements de valeurs. Il m'a fallu me détacher de mes propres représentations pour avoir une distance critique nécessaire pour décrire et analyser des faits. Prendre de la distance par rapport à ses propres valeurs pour pouvoir analyser le plus objectivement possible n'est finalement pas simple. Mais cela se fait finalement au prix d'une ouverture aux autres et d'une réflexion sur la difficulté de déclarer les erreurs. J'ai aussi compris que l'objectif d'un travail de recherche n'est pas d'apporter des réponses concrètes mais plutôt d'apporter sa contribution à des problématiques actuelles.

L'objet de ce mémoire portait sur les représentations sociales de l'erreur des cadres de santé et leur impact sur le management de la qualité des soins. Ce travail d'initiation à la recherche est parti d'une situation de travail vécue dans ma pratique professionnelle. C'est une situation qui résulte de mon choix personnel, source de questionnements. Elle nécessitait tout particulièrement de prendre sens pour moi et d'en comprendre les causes. Ce travail m'a permis de l'expliquer, de rendre plus intelligibles les faits et de comprendre des comportements. Tout mon questionnement développé dans ce travail a trouvé des éléments de réponse.

Reprenons les propos que j'ai tenu dans le début de ce mémoire : *Pour les épreuves de sélection au concours d'entrée en Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS), les candidats doivent formaliser un dossier professionnel. J'ai écrit vouloir impulser une notion positive de l'erreur et encourager les professionnels à communiquer sur les dysfonctionnements qui peuvent causer des dommages et à déclarer les événements indésirables. Mais si l'intention est louable, est-ce si aisé à mettre en œuvre dans la réalité ?*

Un travail exploratoire m'a permis de dégager la problématique suivante :

En quoi les représentations de l'erreur qu'a le cadre de santé influencent-elles son management de la qualité des soins ?

L'hypothèse principale répondant à cette question était la suivante :

Toute erreur, dysfonctionnement ou défaillance constitue une opportunité de progrès individuel et collectif. Le cadre de santé par son engagement et son implication dans le traitement des erreurs, va porter une culture de la déclaration des événements indésirables. En invitant les professionnels de santé de l'équipe à signaler tout incident et en réhabilitant le droit à l'erreur, le cadre de santé développera une culture de la qualité et de la sécurité des soins.

J'ai alors construit un modèle d'analyse composé d'éléments conceptuels et théoriques pour traduire des faits concrets dans un langage permettant d'orienter et d'enrichir la problématique. Au travers de références, de théories, de lois déjà connues sur le sujet, ce cadre théorique m'a aidée à la compréhension de l'objet étudié et à orienter ma pensée. Cette partie a été longue et fastidieuse. Un tri s'est imposé. Des données ont été condensées. D'autres n'auraient probablement pas dûes être conservées bien qu'elles m'aient permis d'organiser ma réflexion. Je me suis rendue compte que la démarche de recherche était aussi un aller-retour permanent. Cette partie a souvent été complétée, modifiée, adaptée... Mais cette phase m'a apporté de nombreux bénéfices. Ce cadre théorique m'a permis de me construire un savoir, de m'ouvrir des horizons, d'enrichir mes connaissances de travail et de développer un esprit critique.

J'ai ensuite soumis à l'épreuve des faits mon hypothèse de départ, enrichie des données théoriques. J'ai alors réalisé six entretiens semi-directifs auprès de cadres de santé. Ces rencontres m'ont renseignée sur ce qui se passe sur des terrains de travail autres que le mien. J'ai découvert d'autres situations de travail, une diversité de postures dans des contextes différents. Le cadre théorique établi m'a alors permis de faire parler l'ensemble des données recueillies et ainsi de mieux comprendre la problématique de ce mémoire.

Des éléments importants se sont dégagés. L'erreur reste toujours très empreinte de connotations négatives. Le sentiment de culpabilité, la peur du jugement et la peur de la sanction sont encore très présents malgré l'émergence d'une culture de l'erreur positive. C'est la prise de conscience d'avoir commis une erreur qui entraîne le sentiment de faute. Pourtant, l'erreur, fortuite, n'incrimine pas la responsabilité de son auteur. La cause est généralement extérieure. La faute, au contraire pèse sur son auteur, il en a la responsabilité. La différence de ces deux termes est ténue, le glissement sémantique est fréquent.

Le signalement des événements indésirables est devenu peu à peu un élément de sécurité incontournable dans les démarches de gestion des risques. Mais pour évoluer vers une culture positive de l'erreur, les notions de faute et d'erreur sont à préciser avec tous les acteurs. Car si la faute ne sert à rien, l'erreur peut être valorisée. Ce changement de culture ne s'improvise pas, c'est un processus lent qui ne peut s'inscrire que dans un climat de confiance. Nous avons vu que la formation est un levier essentiel pour servir cette acculturation. Les nouvelles générations de professionnels ont cette initiation et cette sensibilisation à la gestion des risques. Gageons qu'ils vont être moteurs dans la transmission et l'intégration d'une culture de la qualité. L'enjeu majeur reviendra aux cadres de santé d'intégrer ces nouveaux professionnels dans les équipes et que leur arrivée soit considérée comme un enrichissement pour l'amélioration de la qualité des soins.

Alors à mon premier questionnement de départ, je réponds que non, il n'est pas aisé d'impulser une notion positive de l'erreur et d'encourager tous les professionnels à déclarer les événements indésirables. Mais ce travail d'initiation à la recherche m'aura permis de changer de posture, tel un rite de passage. La situation professionnelle que j'ai vécue a provoqué chez moi un réel sentiment de culpabilité. Ce travail m'a permis de me sentir profondément responsable mais non plus coupable. Si le cadre de santé est directement responsable des actes qu'il effectue, il est aussi indirectement responsable des actes commis par les professionnels placés sous son autorité dans le service qu'il encadre. Il doit toujours pouvoir justifier que des actions sont mises en œuvre pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Il semble alors primordial d'établir une relation de confiance en communiquant avec les professionnels et en donnant des informations fiables. Il doit savoir motiver en valorisant le travail de chacun en permettant la mobilisation des compétences individuelles et collectives. Le rôle du cadre est aussi d'encourager et de fédérer les professionnels autour de l'intérêt commun de la qualité des soins, le principal bénéficiaire étant le patient et son entourage. En définitive cultivons nos erreurs.

LISTE DES REFERENCES

Livres et ouvrages :

Abric, J.C. (1994). *L'organisation interne des représentations sociales : système central et périphérique*. Dans C. Guimelli (Ed.), *Structures et transformations des représentations sociales*. Paris : Delachaux et Niestlé.

Abric, J.-C. (2003). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF.

Abric, J.-C. (2011). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF.

Astolfi, J.-P. (1997). *L'erreur, un outil pour enseigner*. Paris : ESF.

Ballé, M., & Champion-Daviller, M.-N. (2000). *Organiser les services de soins: le management par la qualité*. Paris : Masson

Bardin, L. (2003). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF.

Caby, F., Louise, V., & Rolland, S. (2002). *La qualité au 21e siècle : Vers le management de la confiance*. Paris : Economica.

Crosby, P. (1986). *La qualité, c'est gratuit : l'art et la manière d'obtenir la qualité*. Paris : Economica.

Cruchant, L. (1998). *La Qualité*. Paris: PUF.

Degos, L. (2013). *Éloge de l'erreur*. Paris : Éd. le Pommier.

Détrie, P. (2001). *Conduire une démarche qualité*. Paris: Éditions d'Organisation.

Doise, W. (1996), *L'étude des représentations sociales*. Dans Doise, W. & Palmonari A., Lonay (Suisse) : éditions Delachaux et Niestlé.

Flament, C. (1987). *Pratiques et représentations sociales*. Dans Beauvois, J.L. ; Joule, R.V. ; Monteil, J.M. *Perspectives cognitives et conduites sociales*. Tome 1 : *Théories implicites et conflits cognitifs*. Cousset : Delval.

Flament C. (1994a). *Structure, dynamique et transformation des représentations sociales*. Dans *Pratiques sociales et représentations* (coordonné par Abric J.C.). Paris : PUF.

Flament C. (1994b). *Aspects périphériques des représentations sociales*. Dans *Structures et transformations des représentations sociales* (coordonné par Guimelli C.). Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.

Fourcade, A., Ricour, L., Garnerin, P., & Durieux, P. (1997). *La démarche qualité dans un établissement de santé*. Vélizy; Paris: Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

Haas, V. & Jodelet, D. (1999). *Pensée et mémoire sociale*. Dans J.-P. Pétard, J.-P., *Psychologie sociale*, Paris : Edition Bréal.

Hesbeen, W. (2002). *La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante* (2^{ème} édition). Paris : éditions Masson.

Hesbeen, W. (2012). *Les soignants: l'écriture, la recherche, la formation : oeuvrer au partage du sens du soin*. Paris : S. Arslan.

Jarrosson, B., & Association Progrès du management (France). (2000). *100 ans de management: un siècle de management à travers les écrits*. Paris: Dunod.

Jodelet D. (1989a). *Représentations sociales : un domaine en expansion*. Dans Jodelet, D. *Les Représentations sociales*, Paris : PUF.

Jodelet, D. (1991). *Les représentations sociales*. Paris : PUF.

Lang, H., & Gabs. (2003). *Petites erreurs, grand naufrage*. Paris: Éd. d'Organisation.

Pignault, J., & Magne, J. (2014). *Gestion des risques et culture de sécurité le facteur humain au bénéfice de l'organisation*. Paris : Dunod.

Poullain, I., Dechamps, C., & Lespy, F. (2002). *Gestion des risques: guide pratique à l'usage des cadres de santé*. Rueil-Malmaison : Lamarre.

Reason, J. (2013). *L'erreur humaine*. Presses des Mines.

Rouquette, M.-L., & Rateau, P. (1998). *Introduction à l'étude des représentations sociales*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Vilcot, C., & Leclot, H. (2001). *Les indicateurs qualité en santé*. Saint-Denis-La Plaine [France]: AFNOR.

Weill, M. (2001). Le management de la qualité. Paris : éditions La Découverte.

Documents audiovisuels :

Tavernier, N. (2012). *Que reste-t-il de nos erreurs ?* Paris : Espace éthique Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

Articles de revues :

Abrial, S. (2014). Réflexion, La non-punition des erreurs, enseignements et vertus. *Gestions hospitalières*, n°535, p. 251.

Barrault, A., & Fourré, J. (2014). Regards croisés sur le Crex. *Objectif Soins & Management*, n°226, p. 22 - 28.

Colmont, D. (2011). Le management de la qualité tuera-t-il le management des hommes ? *Objectifs Soins*, n°200, p. 35-37.

Hesbeen, W. (2006). Système de soins et saveur soignante, un travail d'humanité. *Soins*, Vol.51, n°711, p. 92-95.

Laborit, H. (1976). Cité dans Dortier, J.-F. (2010). Combattre, fuir, subir ? *Sciences Humaines* n°216. p. 31-36.

Lepesqueux, M. (2006). Le cadre de santé, un acteur clé dans l'évaluation d'une pratique professionnelle. *Soins cadres* n°58. p. 45-46

Mathon, A. (2014). Le « Comité de retour d'expérience », outil collectif. *Objectif Soins et Management*. n°225, p. 37 - 39.

Monnot, V. (2014). Démarche qualité et gestion des risques à l'hôpital. *EMC Savoirs et soins infirmiers*, vol.3, p. 1-9.

Dictionnaire :

Dictionnaire de l'Académie, 9^{ème} édition. Disponible sur <http://www.academie-francaise.fr/le-dictionnaire/la-9e-edition>

Dictionnaire Historique de la Langue Française, Le Robert, (2000).

Dictionnaire Le Petit Larousse, Larousse, Paris, 1994.

Dictionnaire usuel de psychologie sous la direction de Norbert Sillamy, (1980).

Paillard, C., & Jeanguiot-Pierre-Poulet, N. (2015). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné : 627 définitions, 1706 références bibliographiques, 1236 citations*. Noisy le Grand : Setes.

Sites internet :

<http://www.afnor.org/metiers/certification/enjeux>

<http://atilf.atilf.fr/>

Bajulaz, C. (2012). Le sentiment de sécurité psychologique dans les apprentissages en contexte de travail humanitaire : une étude de cas. Maîtrise : Univ. Genève. Disponible sur : <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:24790>

Caillaud, S. (2010). Représentations sociales et significations des pratiques écologiques : Perspectives de recherche. Vertigo – La revue électronique en sciences de l’environnement, vol. 10, n°2. Disponible sur : <http://vertigo.revues.org/9881>

Rapport CCECQA – ANAES / juillet 2004 « les coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé : états des lieux et propositions » - Service évaluation économique. Disponible sur : <http://has-sante.fr/>

<http://www.crisco.unicaen.fr/>

<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf>

Etude ENEIS. (2005). *Etudes et Résultats*. n°398. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ENEIS_1.pdf

Les événements indésirables dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité. (2011). *Etudes et résultats*. n°761. p. 2. Disponible sur <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er761.pdf>

Favre, D. (2003). Pour décontaminer l’erreur de la faute dans les apprentissages. *Psychologie de la motivation*, n°36. Disponible sur :

http://www.ecolechangerdecap.net/IMG/pdf/DANIEL_FAVRE_Decontaminer_1_erreur.pdf

<https://www.has-sante.fr>

Haute Autorité de Santé. « Développement professionnel continu (DPC), fiche méthode, gestion des risques en équipe », mai 2014. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr>

Djihoud, A., Quenon, J.-L., Michel, P., Tricaud-Vialle, S. & Sarasqueta, A.-M. (2006). Hospitalisations causées par des événements indésirables liés aux soins, résultants de l'étude ENEIS dans les établissements de santé Français, 2004. BEH n°49. p. 388. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/beh/2006/49/beh_49_2006.pdf

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>

<http://www.iso.org/iso/fr/>

<https://www.legifrance.gouv.fr>

Marsden, E. (2014). Quelques bonnes questions à se poser sur son dispositif de REX : Les cahiers de la sécurité industrielle, n°2014-1. Disponible sur : <https://www.foncsi.org/fr>

<https://www.mcj.fr/codes/code-de-la-sante-publique>

Programme national pour la sécurité des patients 2013-2017. Disponible sur <http://social-sante.gouv.fr>

Rousset, M. (2015). Travail : peut-on résister aux injonctions paradoxales sans péter un boulon ? Disponible sur : <http://www.telerama.fr/idees/travail-peut-on-resister-aux-injonctions-paradoxales-sans-peter-un-boulon,126025.php>

<http://www.sante.dz/Dossiers/qualite-soins/evaluation.pdf>

TABLE DES MATIERES

1.	DE LA QUESTION DE DEPART A LA QUESTION DE RECHERCHE	1
1.1.	Le modèle de l'aéronautique	2
1.2.	Une première situation vécue	3
1.3.	Un entretien exploratoire.....	5
1.4.	Une séance d'analyse de pratiques professionnelles.....	6
1.4.1.	<i>Une première situation exposée</i>	6
1.4.2.	<i>Une seconde situation analysée</i>	7
1.5.	Les paradoxes de la qualité.....	8
1.6.	Le cadre réglementaire	9
1.7.	Fréquence des événements indésirables	11
1.8.	L'expérience d'Amy Edmondson.....	11
1.9.	Les préconisations et programmes de la HAS	12
1.10.	Un film documentaire de Nils Tavernier : <i>Que reste-t-il de nos erreurs ?</i>	13
2.	CADRE THEORIQUE	15
2.1.	Le concept des représentations sociales	15
2.1.1.	<i>Clarification sémantique</i>	15
2.1.2.	<i>Historique du concept</i>	16
2.1.3.	<i>Définitions</i>	17
2.1.4.	<i>L'élaboration des représentations sociales</i>	17
2.1.5.	<i>Analyse structurale d'une représentation</i>	17
2.1.6.	<i>Les fonctions des représentations sociales</i>	18
2.1.7.	<i>L'évolution et la transformation des représentations sociales</i>	19
2.2.	Le cadre théorique de l'erreur	20
2.2.1.	<i>Définitions de l'erreur</i>	20
2.2.2.	<i>L'erreur en droit</i>	22
2.2.3.	<i>L'erreur dans la littérature</i>	22

2.3. Cadre théorique du management	24
2.3.1. Définitions	24
2.3.2. Evolution du management au travers de l'histoire.....	24
2.3.2.1. Le Taylorisme.....	24
2.3.2.2. Les apports d'Henry Fayol	25
2.3.2.3. Mary Parker Follet, « The prophet of management ».....	26
2.3.2.4. Kurt Lewin (1890-1947) et le leadership.....	27
2.3.2.5. Le modèle de Rensis Likert (1903-1981).....	27
2.3.2.6. La grille managériale de Blake et Mouton	28
2.4. La notion de qualité	29
2.4.1. Vision rétrospective de la qualité.....	29
2.4.2. Définitions de la qualité.....	30
2.4.2.1. Signification de la qualité	30
2.4.2.2. Les caractéristiques de la qualité des soins	31
2.4.3. Les principes du management de la qualité	32
2.4.4. La maîtrise technique et méthodologique de la qualité.....	35
2.4.4.1. L'amélioration continue	35
2.4.4.2. Le modèle de James Reason.....	36
2.4.5. Les outils de mesure de la qualité.....	37
2.4.5.1. Les enjeux	37
2.4.5.2. Les outils.....	37
2.4.6. Manager la qualité des soins.....	39
2.4.6.1. Le modèle de Donabedian (1988).....	39
2.4.6.2. Les indicateurs de la qualité des soins	40
2.4.6.3. La mise en place d'actions correctives et préventives	40
2.4.6.4. Qualité des soins ou du soin	41

3.	METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	43
3.1.	Choix de la démarche.....	43
3.2.	Champ de l’analyse	44
3.2.1.	<i>Choix de terrain et population étudiée.....</i>	44
3.3.	Outil d’investigation.....	45
3.4.	La grille d’entretien	46
3.5.	Le déroulement des entretiens.....	48
3.6.	Les limites de l’outil	49
4.	ANALYSE ET INTERPRETATION	51
4.1.	La représentation sociale de l’erreur.....	51
4.1.1.	<i>La charge émotionnelle inhérente à l’erreur</i>	51
4.1.2.	<i>La définition de terme « évènement indésirable »</i>	55
4.1.3.	<i>La distinction entre la faute et l’erreur</i>	59
4.2.	Le management des cadres de santé et la place de la qualité dans leurs missions.	63
4.2.1.	<i>Le management des cadres de santé</i>	63
4.2.2.	<i>La place de la qualité dans les missions du cadre de santé</i>	65
4.2.3.	<i>Les évènements indésirables déclarés</i>	69
4.2.4.	<i>Le traitement des EI</i>	73
5.	SYNTHESE.....	79
6.	CONCLUSION	85
7.	LISTE DES REFERENCES	88

Résumé

La qualité et la gestion des risques dans les établissements de santé constituent des démarches prégnantes et nécessaires dans un contexte d'exigences réglementaires et sociétales. L'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) réalisée en 2009 estime qu'il y a environ un événement indésirable grave tous les cinq jours pour un service de 30 lits. Aussi, l'ensemble des professionnels est encouragé à signaler tout événement indésirable pour apprendre de ses erreurs afin d'améliorer la qualité des soins. Cette démarche se révèle cependant complexe, en témoigne un constat de sous-déclaration. Dans l'inconscient collectif, l'erreur est souvent associée à la faute. Il convient donc de ne pas négliger l'influence des représentations sociales dans le management de la qualité.

Mots clés : Déclaration des événements indésirables, culture positive de l'erreur, représentations sociales, Sécurité des soins et des patients, management de la qualité.