

## Culture de l'erreur apprenante

Atelier-rencontre - 25 avril 2018 - Pau

---

Loïc Turbel – Focus Qualité  
Philomène Surun – Groupe Euris

CULTURE DE L'ERREUR APPRENANTE

UTOPIE NÉCESSAIRE

*Apprendre de ses erreurs est une des bases de la progression des individus et des organisations. C'est aussi un fondement des démarches Qualité.*

*Ce principe trouve une application toute particulière dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux puisque leur objet est la santé, la qualité de vie, voire la vie elle-même des patients et des résidents.*

*Face à cet enjeu, Focus Qualité et le Groupe Euris conduisent une démarche sur le thème de la "Culture de l'erreur apprenante : utopie nécessaire". Celle-ci s'appuie sur des échanges entre professionnels et débouchera sur la publication d'un livre blanc.*

*Ce document présente les éléments issus de l'atelier-rencontre du 25 avril 2018 qui a réuni 65 professionnels et intervenants du secteur. Il comprenait deux tables rondes et un atelier d'échanges autour des enjeux, des freins et leviers et de la place du management dans cette culture de l'erreur apprenante.*

*Un atelier de coproduction est organisé le 11 septembre 2018 pour poursuivre ces réflexions.*



### De quoi parle-t-on ?

---

Nous avons le plus souvent une vision culpabilisante des échecs et tendance à nous identifier à nos erreurs, « rater » serait comme être « un raté ». Or, des études montrent que 70 % de ce que nous apprenons est le fruit de nos échanges avec nos collègues et des problèmes à résoudre au quotidien sur notre lieu de travail, par expérimentation. Nous apprenons au travail et par le travail.

L'objectif pour cet atelier, c'est une invitation à faire évoluer notre regard sur ce « gros mot » qu'est l'erreur, une invitation à y voir la possibilité d'un gain de compétences, d'amélioration individuelle et collective. La question qui nous mobilise aujourd'hui, c'est comment une organisation peut être motivante pour apprendre de ce qui a dysfonctionné.

## Qu'entend-on par culture ?

Éric Delassus, philosophe intervenant dans le secteur sanitaire, souligne que par culture il faut entendre « **l'acte par lequel on prend soin des choses.** »



Il prend l'exemple de la terre : cultiver un champ, c'est créer les conditions favorables pour que cette terre donne le meilleur d'elle-même.

Il en va de même selon Cicéron pour qui « cultiver une belle âme », c'est en prendre soin, faire en sorte qu'elle développe toutes ses aptitudes afin qu'elle puisse aussi donner le meilleur d'elle-même.

## Les enjeux

L'enquête ENEIS2 de 2009 évoque la survenue de 275 000 à 395 000 événements indésirables graves (EIG) par an. Soit :

- 6,2 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation ; 9,2 en chirurgie et 4,7 en médecine ;
- environ un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits.

Pour y répondre, les établissements mettent en place des démarches variées, définissent des procédures et des règles, mettent en place des outils et des méthodes d'analyses, des actions d'amélioration...

Toutes ces actions reposent sur l'implication des professionnels de santé. Pour qu'elles soient adoptées et appliquées, il est nécessaire que **le signalement devienne une valeur partagée**, donc un élément de la culture des établissements.

## Les tables rondes

Deux tables rondes ont permis aux 3 intervenants invités d'aborder les enjeux, les freins et les leviers de la « Culture apprenante ».

En introduction, Bernard Trémaud cite le Dalai Lama « Les seules vraies erreurs sont celles que nous commettons à répétition. Les autres sont des occasions d'apprentissage ».

Cette parole s'applique parfaitement au contexte des établissements sanitaires et médicosociaux pour lesquels apprendre des erreurs doit permettre d'éviter leur



Bernard TABUTEAU  
Conseiller médical qualité et sécurité des soins



Bernard TREMAUD  
Directeur général



Jean-Luc QUENON  
Co-directeur / Chef de projets

reproduction et donc d'améliorer la sécurisation de la prise en charge des patients et des résidents.

Jean-Luc Quenon mentionne **qu'un tiers des Événements Indésirables Graves est évitable**. L'enjeu est donc crucial puisque l'objet est la santé, voire la vie elle-même.

## Culture de l'erreur apprenante : le terreau

On peut retenir des interventions que le développement d'une « culture de l'erreur apprenante » est en quelque sorte une base, un fondement, un terreau, sur lequel les actes, les comportements, les représentations s'appuient pour se modifier. Cette culture-là ne peut être dissociée de celle de l'établissement, son histoire, son projet, ses valeurs implicites ou explicites. Elle s'inscrit dans la culture qualité, dans la gestion des risques, dans les objectifs de sécurisation.

## Un préalable : définir !

Pour que cette « culture » soit partagée collectivement, un préalable, mentionné à plusieurs reprises, est la définition même de la notion d'« erreur ». Si l'objectif est simple - parvenir à l'utilisation d'un **vocabulaire intelligible par tous et connu de tous** - il n'en est pas moins ambitieux. Distinguer l'erreur de la faute, de l'échec... S'affranchir ou faire le lien avec les nomenclatures...

Cette définition doit permettre de distinguer ce qu'il est **pertinent** de signaler ou non. Il est mentionné qu'une majorité des signalements concerne le fonctionnement de services, l'organisation du travail et non la prise en charge du résident ou du patient.

## La place du management

Le rôle du management est relevé comme essentiel à plusieurs titres.

### Exemplarité et protection

Ce n'est bien évidemment pas le seul domaine où elle est nécessaire, mais **l'exemplarité** de la direction et de l'encadrement semble une condition incontournable. Comment imaginer donner du sens, de la valeur à un traitement constructif des erreurs si la direction et l'encadrement s'en exonèrent ? Comment attendre que les professionnels s'investissent, signalent, si la direction ne le fait pas ? Comment espérer que les professionnels aient confiance, s'affranchissent du sentiment de délation ou de la peur de la sanction si le management ne garantit pas une **protection** du signalement ?

Bernard Tabuteau attire l'attention sur la capacité de l'encadrement à « avouer » ses propres erreurs auprès des

équipes. Bernard Trémaud évoque l'importance de montrer sa reconnaissance envers les équipes, de former les managers, de formaliser les bonnes pratiques pour pouvoir les transmettre.

### Analyse des pratiques managériales

L'analyse des pratiques managériales est déjà mise en place dans certains établissements. Elle permet aux cadres de se réunir régulièrement avec un tiers pour un échange et un enrichissement d'expériences. Au cours de visites managériales, les équipes peuvent faire remonter leurs difficultés, la direction et/ou les cadres prennent ainsi conscience des problèmes rencontrés.

### Plus transversal et plus proche du terrain

Pour développer une culture positive de l'erreur, pour que celle-ci devienne naturelle, soit perçue comme une source de progrès individuel et collectif, il a été proposé de ne pas limiter cette démarche à une vision verticale qui suit la ligne hiérarchique mais aussi de permettre, d'organiser, **de favoriser les comportements d'amélioration entre collègues**. Le rapprochement du « terrain » est cité à plusieurs reprises, notamment pour l'analyse des EI : les réponses et les solutions sont dans les services !

La création de rendez-vous réguliers, par exemple de « cafés qualité », est une réponse à cet objectif.

### Des managers qui communiquent

La communication a été évoquée de manière transversale à l'ensemble des échanges et des sujets : pour développer un langage commun, pour valoriser les signalements et les actions correctives prises, pour diffuser des exemples d'analyses, pour préciser la notion d'événements indésirables pertinents...



Elle ne doit pas exclure de mentionner les erreurs et les échecs, y compris ceux de la direction ou du management. Elle devrait ainsi contribuer non pas à banaliser les erreurs mais simplement à les faire entrer dans le champ de la vie courante des établissements.

La communication est donc incontournable pour faire évoluer la culture de l'erreur apprenante des établissements. Le rôle du management est primordial pour développer **un ensemble de valeurs et de normes partagées**. Un domaine à ne pas oublier dans la définition des moyens affectés à la démarche !

## Donner une suite pour donner du sens

L'exemplarité est un facteur essentiel pour donner du sens. Un second point est mentionné : la nécessité de donner une suite aux déclarations d'événements indésirables.

Cela relève du simple bon sens mais mérite d'être mentionné. A quoi bon déclarer si cela ne change rien ? Pourquoi déclarer si je ne sais pas si ma déclaration est prise en compte ? Ces deux questions introduisent deux actions distinctes et nécessaires : **donner une suite et informer de la suite donnée**.

Mentionnons que ne pas prendre de décision ou ne pas mettre en place d'action est une suite si on en donne les raisons et que celles-ci sont justifiées.

Ce point a des conséquences évidentes : la nécessité de communiquer et de mettre en place les moyens nécessaires à la gestion des déclarations, notamment d'y affecter la part de ressources humaines nécessaire.

### Développer les analyses pluridisciplinaires

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



## La question des moyens : il est indispensable de prioriser

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

Jean-Luc Quenon donne le résultat d'une étude aux Etats-Unis : le coût de traitement d'un Événement Indésirable Grave serait de \$21 000 par cas, les 2/3 de ce coût concernant l'analyse des causes.

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

### Quels indicateurs de performance ?

Inscrit dans une démarche qualité, il est naturel d'évaluer. Il est recommandé d'évaluer au moins une fois par an la performance de la gestion des EI. Le premier indicateur, qui est pourtant souvent interprété de manière négative, est le **nombre de signalements pertinents** relevé. Plus ce nombre augmente, plus le système de signalement est jugé performant. Celui-ci peut être décliné pour les déclarations faites par la direction et l'encadrement pour mesurer l'exemplarité mentionnée ci-dessus.

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

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

On peut également citer le **coût du système de signalement des événements indésirables**, qui n'est pas toujours calculé et qui peut pourtant se révéler être un excellent moyen d'évaluer si l'investissement dans ce domaine est suffisant.

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

## Quelle place pour le patient ou le résident ?

### L'ADAPEI des Pyrénées-Atlantiques – une organisation apprenante

Bernard Trémaud présente l'organisation apprenante mise en place au sein de l'ADAPEI 64. Elle est avant tout un projet politique militant pour et autour du résident afin de lui permettre d'être acteur de sa propre vie. Il s'agit ici de mettre en valeur les compétences et laisser s'exprimer la personne accompagnée. C'est un enrichissement mutuel : on apprend aux autres mais aussi des autres : c'est le cheminement de l'apprenance.

Donner du sens... Développer la pertinence... Les objectifs sont ambitieux ! Il apparaît naturel d'associer le patient ou le résident puisqu'il en est le bénéficiaire.



Plusieurs pistes ont été mentionnées par les trois intervenants de l'atelier-rencontre :

- s'appuyer sur l'expérience-patient comme point d'observation...
- associer les patients à l'analyse des événements indésirables ...
- créer ou développer le lien entre système de signalement et questionnaires de satisfaction usagers...
- apprendre des récits de patients / résidents pour définir de nouvelles stratégies de prévention...

### Atelier « freins et leviers »

Les participants, professionnels des secteurs sanitaire et médicosocial ont été invités à recenser en sous-groupes les freins et les leviers pour développer la culture de l'erreur apprenante.



On peut d'abord noter que les freins cités sont légèrement plus nombreux que les leviers. Interroger les professionnels sous deux angles différents, ce qui limite et ce qui favorise, permet d'enrichir la réflexion. Alors qu'on aurait pu attendre un parallèle entre leviers et freins, nous constatons que certains items ne sont cités que dans un des champs. Cela indique une piste d'approfondissement de notre démarche. Les leviers proposés apportent-ils réellement une réponse pour développer la culture de l'erreur apprenante ? Quels leviers imaginer en réponse aux freins mentionnés ?

Les propositions s'inscrivent et complètent les points mentionnés par les tables rondes.

L'accent est mis sur le développement d'une **culture commune et partagée de l'erreur apprenante**. Elle doit **donner du sens** au signalement, notamment en affirmant le lien avec la prise en charge du patient ou l'accompagnement du résident. Les moyens cités sont par exemple de favoriser le **travail en équipes pluridisciplinaires** autour des évènements indésirables, de développer la formation, d'associer le patient ou le résident à la démarche.

Le second point à relever porte sur la **mobilisation des professionnels**. Signaler une erreur, un dysfonctionnement, n'est pas un acte anodin. Seul un **climat de confiance** peut

répondre à l'appréhension de la sanction ou au sentiment de délation. L'exemplarité de la direction et de l'encadrement est citée comme une réponse à ce sujet. Les méthodes d'analyse sont aussi mentionnées comme garantie d'objectivité et donc source de confiance. Le rôle du **management de proximité** est particulièrement mentionné dans les suites données à un signalement.

Enfin, les participants mentionnent la nécessité de **définir** les erreurs qui entrent ou non dans le champ du signalement. Plusieurs propositions mentionnent le besoin de définir des critères de **pertinence** de signalement. Les professionnels mettent en avant la **simplicité du système** mis en place. **Le temps est un élément cité sous plusieurs aspects** : le temps disponible pour le signalement, le temps dédié à l'analyse de E.I., le délai de retour suite à un signalement.



## Éléments de conclusion

Cet atelier-rencontre est une première pierre à la réflexion sur la « culture de l'erreur apprenante ». Sans être définitives, certaines conclusions déjà mentionnées ou complémentaires peuvent être tirées des interventions et des échanges.

- Il existe un **potentiel d'amélioration** notable de la sécurité des soins et de la qualité au travers du système de gestion des EI : « nous pouvons progresser encore et toujours ». La possibilité d'inclure les patients/résidents est portée par l'HAS, c'est une des pistes prometteuses de progrès.
- **De quoi parle-t-on ?** Définir ensemble les EI est un prérequis qui ne va pas de soi. Il est aisé de déclarer ce qui nous gêne et freine dans le travail alors que la démarche de signalement vise la sécurisation de la prise en charge / de l'accompagnement.
- Il convient de **garantir la protection** des professionnels qui déclarent. La charte « non punitive » est à réinterroger. Une charte d'incitation au signalement est à imaginer.
- **Le système doit être efficace**. La complexité et le manque d'ergonomie sont mentionnés comme freins : fiche de signalement dont on ne sait pas où elle est rangée ; rubriques trop nombreuses ; codifications incompréhensibles ; connexion au logiciel qui prend 10 minutes, code d'accès perdu... Ce point est lié à la formation des agents à l'utilisation du système de déclaration. Des établissements simplifient à l'extrême la démarche de signalement...
- Prendre conscience que **tout le monde fait des erreurs**. La direction, le manager se trompent et doivent être capable de le manifester clairement : **humilité et exemplarité** sont à cultiver. Communiquer aussi sur les erreurs et les échecs.
- **« Plus on déclare, meilleur on est »**. Le suivi du nombre de signalements mais également leur pertinence est à réinterroger. Des établissements expérimentent de nouveaux leviers de motivation : rétribution par une prime, mise à l'honneur dans le journal interne...
- La question **des coûts d'un système de signalement** et de sa mesure est à approfondir



## Pour aller plus loin...

---

Cet atelier-rencontre est le premier pas d'une démarche conduite par le Groupe Euris et Focus Qualité pour l'écriture d'un livre blanc sur le thème « Culture de l'erreur apprenante : utopie nécessaire ? ». La volonté est que les **professionnels soient contributeurs et cosignataires** de ce livre blanc.



## Un atelier de coproduction est organisé le 11 septembre à Pau (1 journée).

---

Le programme alternera des temps de travail en sous-groupes et en plénière : présentation d'outils; cercles de co-développement; ateliers de créativité; présentation d'expériences ; échanges de bonnes pratiques; restitutions...

Les thèmes retenus sont :

- Quelle définition pertinente des événements indésirables ?
- Quels exemples d'innovation pour l'analyse des événements indésirables ?
- Comment le management peut-il inciter à déclarer et répondre à l'appréhension de la sanction ou au sentiment de délation ?
- Comment associer patients et résidents ?
- Comment communiquer autour de l'erreur apprenante ?

Inscriptions : *Hélène Cazenave* 05 59 14 59 14

## Contribuer et co-signer le livre blanc

---

Les contributions peuvent prendre 3 formes :

- Réponse à un entretien téléphonique avec un consultant de Focus Qualité ou du Groupe Euris
- Présentation écrite d'une expérience ou d'une initiative
- Indications de références bibliographiques ; de ressources (liens utiles, outils, textes de références...); de contacts d'établissements ayant mis en place des initiatives innovantes...

Proposer une contribution : [loic.turbel@focusqualite.fr](mailto:loic.turbel@focusqualite.fr) - [philomene.surun@groupe-euris.fr](mailto:philomene.surun@groupe-euris.fr)