

De la culture de sanction à la culture de sécurité : Arrêtons de faire des erreurs sur l'erreur.

Hatem Ksouri¹, Amira Bahri Ksouri²

1-Service des soins intensifs, Hôpital cantonal de Fribourg / Université de Fribourg,

2-Service des urgences, Hôpital cantonal de Fribourg / Université de Fribourg,

RÉSUMÉ

La culture de sanction continue de prévaloir dans les organisations de soins de santé qui reposent principalement sur des systèmes fonctionnels hiérarchisés basés sur la conformité. Ce type de culture est reconnu comme source majeure d'un nombre inacceptable d'erreurs médicales. La culture de la sécurité a émergé comme un impératif pour améliorer la qualité et la sécurité des soins aux patients, mais aussi comme un bouclier contre les jugements ciblés envers les soignants (médecin et /ou infirmier(e)) impliqués dans un événement indésirable. La culture de sécurité permet une vue plus large de l'erreur en analysant aussi bien les défaillances d'un système que l'incompétence du personnel.

Par conséquent, elle place les soignants dans leur milieu de travail avec les interactions mutuelles et les protège contre le statut de "deuxième victime". Il est impératif d'avoir une réflexion sur la culture de sécurité qui constitue un pari et une preuve de transparence et d'ouverture envers la société au sujet de l'erreur qui reste tabou. Cette attitude évitera le risque de "judiciarisation de la santé".

Mots-clés

Événement indésirable associé aux soins, erreur médicale, erreurs latentes, erreurs actives, culture de sanction, culture de sécurité, seconde victime, judiciarisation

INTRODUCTION

La publication, en 1999, d'un rapport intitulé « To err is human, building a safer health care system » par l'Académie des sciences des États-Unis [1] a révélé, à l'ensemble de la communauté médicale et à un large public, l'ampleur des conséquences socioéconomiques des événements indésirables liés à des erreurs à priori évitables survenant au cours de l'hospitalisation. Ces événements indésirables associés aux soins (EIAS) sont inattendus et consécutifs à des erreurs dans le processus des soins.

Dès leurs constatations dans la pratique quotidienne, elles révèlent une attitude face aux erreurs souvent marquées par une culture du blâme et d'accusation (c'est ta faute) et peut aller jusqu'à la sanction prématurée.

Cette culture de sanction s'amplifie avec une médiatisation novice, acharnée et irresponsable dans le traitement de sujets axés sur l'erreur de soins ce qui crée un environnement propice à une judiciarisation de l'erreur. Pour pallier à cette attitude répréhensive, il est primordial d'instaurer une démarche positive qui valorise le soignant et améliore la qualité et la sécurité des soins : une culture de la sécurité. Dans cet article seront abordés les causes racines liées à la survenue des EIAS, les avantages d'une culture de la sécurité et les conséquences qui découlent d'une culture punitive.

De l'erreur à l'évènement indésirable : Les causes racines

Von Goethe disait « il est beaucoup plus facile de reconnaître l'erreur que de trouver la vérité. La première est à la surface et chacun peut aisément la saisir, la seconde est à une profondeur où il n'est pas donné à tout le monde de pénétrer ». Cela résume bien la réelle difficulté d'analyser les vraies causes de l'erreur.

Il est important au préalable de revenir sur les définitions

d'un EIAS et l'erreur. « Un EIAS est un évènement ou une circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se produise pas de nouveau » [2].

Il est inattendu, n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie. Cet évènement est consécutif à des erreurs dans les actes de prévention, de diagnostic, de traitement ou d'organisation des soins

L'erreur est définie comme l'échec de planification ou d'exécution d'une action [3].

Un EIAS évitable est celui qui résulte, compte tenu de l'état de l'art à un moment donné, d'erreurs individuelles (erreurs patentes ou actives), de dysfonctions matérielles ou d'erreurs systémiques (erreurs latentes).

Depuis 1990, les travaux de James Reason [4,5] ont contribué à faire évoluer le domaine des Safety Sciences dans les organisations complexes tel que l'hôpital. Il apporte grâce à son modèle étiologique d'accidents (Figure.1) connu sous le nom de Swiss Cheese Model (SCM) ou Modèle du Fromage Suisse, une analyse approfondie des EIAS et la prise en compte du contexte organisationnel, logistique et technique dans lequel le soignant évolue et les soins ont été délivrés.

Ce modèle nous renseigne que les EIAS ne résultent jamais des seules erreurs humaines, mais de l'imbrication en chaîne de nombreuses causes ou facteurs favorisants. Ces causes, appelées systémiques ou latentes, sont plus difficilement identifiables que les erreurs humaines qui apparaissent comme les causes actives et immédiates (interaction interhumaine ou Homme-machine). Ces causes systémiques ne créent pas d'EIAS à elles seules mais sont délétères de façon synergique lorsque surviennent une ou des erreurs humaines, qu'elles facilitent et dont elles amplifient les conséquences. Ces causes ne se révèlent que lors d'analyses approfondies dites systémiques et mettent le plus souvent en évidence la mauvaise organisation ou coordination du système

Tableau 1 : Les différences entre causes actives et causes latentes

Causes actives	Causes latentes ou profondes
visibles, évidentes	sont peu visibles, et non évidentes (causes racines)
souvent de nature humaine (Interaction Homme-machine ou interhumaine)	souvent de nature technique ou organisationnelle
inévitables	existent inévitablement dans tous les systèmes complexes «virus résidents»
impact immédiat avec conséquence(s)	n'ont pas d'effet immédiat
Dissimulées par crainte de sanction ou délation	font moins l'objet de dissimulation
Il est facile de les identifier, mais difficile d'agir sur ce type de cause.	il est plus difficile de les identifier ou de les structurer, mais il est très efficace d'agir sur ce type de causes.

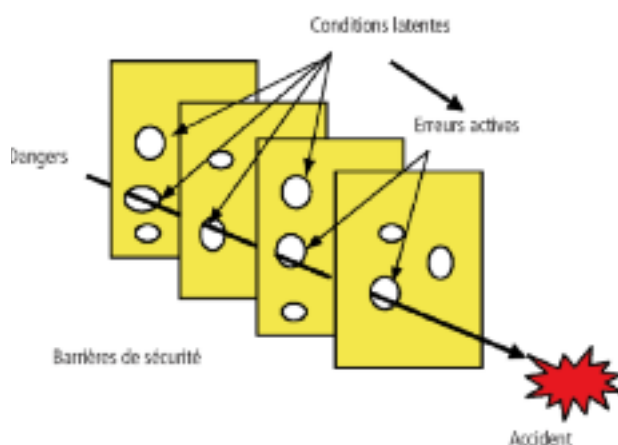


Figure 1: Modèle de l'accident de Reason (Reason, 1997)

Ces analyses approfondies sont un objet essentiel de la démarche de gestion des risques. On comprend ainsi que les défaillances latentes ainsi créées sont transmises via les diverses structures organisationnelles (départements, services...) jusqu'à l'espace de travail où elles créent les conditions locales (gouvernance locale instable et peu présente, sous-effectif, problème de formation, fatigue, problèmes techniques, manque de communication, ergonomie inadéquate, etc....) qui augmentent les probabilités d'erreurs et de survenue d'EIAS.

Une étude effectuée en France illustre la véracité de ce modèle dans la pratique clinique [6]. En effet, sur 47 276 EIAS déclarés par les médecins, la haute autorité de la santé a analysé les causes racines ayant contribué à leur survenue. Il en ressort que les causes organisationnelles et liées à l'environnement de travail

représentent plus de 75% alors que les causes individuelles représentent moins de 10%. (Tableau.2)

Ainsi, le SCM apporte le concept d'événement évitable ce qui a permis de préciser le degré de sécurité d'un système et de ce fait implique une volonté et une mise en route d'une culture de la sécurité visant à réduire ou à éliminer les erreurs pouvant conduire à des EIAS évitables.

La culture de la sécurité : un challenge

Le terme « Culture de sécurité » a été utilisé pour la première fois dans le cadre de la catastrophe de Tchernobyl par l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA). Il existe plusieurs définitions de la culture de sécurité. Une définition proposée par la société européenne pour la qualité des soins en 2006 est la suivante : « 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. »

Améliorer la sécurité des soins pour le patient est un enjeu pour les systèmes de santé, mais elle nécessite au préalable d'instaurer un climat culturel propice caractérisé par une communication ouverte fondée sur la confiance mutuelle, le partage conjoint des points de vue sur l'importance de la sécurité et la levée du paradigme de la hiérarchie.

Ce dernier facteur est fondamental car la représentation que nous avons de la hiérarchie (le supérieur est irréfutable, unique leader, etc...) est inhibitive à la construction d'une culture positive de la sécurité et cela découle d'un paradigme dans notre enseignement médical axé sur l'apprentissage des savoirs théoriques au profit des savoirs cognitifs et sociaux.

Tableau 2 : Résultats de l'étude de l'HAS

Type de facteurs	Nombre de causes	Pourcentage
Facteurs liés à l'équipe	45 532	27,03 %
Facteurs liés aux tâches à accomplir	38 814	23,04 %
Facteurs liés à l'environnement de travail	22 834	13,55 %
Facteurs liés à l'organisation	17 582	10,44 %
Facteurs liés à l'institution	3 575	2,12 %
Facteurs liés au contexte individuel (personnel)	13 985	8,30 %

Une étude conduite au CHU Farhat Hached de Sousse [7] au sein d'un échantillon médico-infirmière sur le degré de développement du concept « liberté d'expression et réponse non punitive à l'erreur » illustre cette problématique de « culture des rapports » [8].

En posant la question générale sur la liberté d'expression à la constatation de soins préjudiciables pour le patient, 66% de l'échantillon total répond positivement. Quand la question est ciblée sur la liberté à remettre en cause de la décision ou action hiérarchique 49% de l'échantillon global répond positivement.

Ainsi, il paraît évident que la position de la hiérarchie est primordiale dans la mise en place d'une culture de la sécurité, sa diffusion, sa pérennité et le développement de leadership en sécurité des soins [9].

Il est évident que développer une culture de la sécurité est un travail de longue haleine et tous les acteurs adhérents à ce projet doivent de prime abord comprendre que c'est une culture coûteuse du fait des ressources humaines et logistiques qu'elles exigent (développer des formations post graduées, désigner des responsables qualité qui ont une activité transversale au sein des structures de santé, création d'organisme axé sur la sécurité des soins, etc...), une culture chronophage car il y a un travail de sensibilisation sur terrain au contact des professionnels de la santé pour partager et transmettre cette culture. Enfin c'est une « culture de l'immatériel » car sa rentabilité ne s'estime pas par un rendement sur investissement immédiat, mais par le bénéfice humain qui sera source de rentabilité à distance.

En effet, la culture de sécurité est un levier pour mieux sécuriser l'environnement organisationnel et technique dans lequel évolue le soignant et qui représente un gisement de défaillances latentes, comme décrit ci-dessus et par conséquent, la prise en compte du soignant va se répercuter positivement sur la qualité des soins qu'il prodigue au patient, sur l'acquisition de cette culture de la sécurité et la transmission de son savoir-faire aux générations suivantes, sur sa capacité à innover, à créer des concepts et à produire des idées qui sont devenues les avantages compétitifs essentiels.

Quoi que soit le bénéfice attendu d'une culture positive de la sécurité des soins, elle est sujette à deux menaces interdépendantes : la culture de sanction et la judiciarisation de l'erreur.

La culture de sanction, porte ouverte à la judiciarisation de la santé

Cette attitude consiste à rendre responsable la personne qui a fait l'erreur et de la punir (naming-blaming-shaming) [10].

Vouloir maîtriser les erreurs en instaurant des sanctions professionnelles fermes aux auteurs d'erreurs est une culture punitive qui prévaut encore dans le domaine de la santé et est vouée à l'échec et a démontré son inefficacité [11,12].

Ce mode de management de l'erreur ancre chez les soignants : la délation, une crainte de la sanction et de l'opprobre liée à la révélation des événements indésirables qui surviennent. Cela conduit inexorablement au résultat inverse de l'objectif recherché en terme de sécurité, puisque les EIAs ne sont pas analysés et maîtrisés et donc vont se renouveler.

Mais le danger principal d'une culture de sanction est qu'elle génère des répercussions psychologiques silencieuses et majeures chez le soignant impliqué dans un EIAS. Il porte en silence le fardeau d'une erreur et agonise sous couvert de sa loyauté au patient, l'équipe et l'institution. Il devient une « seconde victime » abandonnée et vulnérable à laquelle il est impératif d'offrir un soutien et un suivi psychologique pour pouvoir la réintégrer professionnellement et surtout la soutenir en cas de procédure judiciaire [13,14,15,16]. En effet, Il y a une vingtaine d'années, Hurtado a décrit le syndrome clinico-judiciaire comme une entité qui comprend toutes les modifications physiques, psychologiques et comportementales que peuvent présenter les soignants tout le long d'une procédure judiciaire (17).

Les événements survenus récemment en Tunisie et impliquant des confrères reflètent cette réalité et surtout un phénomène plus alarmant qui est la « judiciarisation » de la santé sans se préoccuper du soignant.

Aujourd'hui, il ne fait guère de doute, dans l'esprit des professionnels de santé, que la médecine fait l'objet d'une mise en cause de plus en plus fréquente par la justice. Cette perception pèse singulièrement sur certaines spécialités dites « à risques », chirurgie, réanimation-anesthésie ou gynécologie-obstétrique et urgences.

Le terme de « judiciarisation » renvoie à deux mouvements, selon ma position de médecin. D'une part, le terme de judiciarisation se réfère à l'idée d'une « pression conflictuelle », qui renvoie à la tension globale entre les professionnels de santé et une société en perte de confiance. Le corps médical est, à mon sens, le premier responsable avant les journalistes et les politiciens car il a précipité le décès de l'ancienne médecine charismatique basée sur la communication et l'échange humain pour une médecine innovante et efficace, sous emprise économique mais sans empathie. D'autre part, le terme de judiciarisation se réfère à une « pression juridictionnelle » qui désigne l'extension de l'intervention de l'institution judiciaire dans la sphère de la santé.

Malheureusement, la société, représentée par les institutions médicales, politiques et judiciaires, ainsi que les associations professionnelles, syndicales et de patients et les médias, ne semblent pas être conscients des conséquences socio-économiques individuelles (sur le soignant) et collectives de cette judiciarisation. D'où de la nécessité d'établir un dialogue autocritique, didactique et dialectique interdisciplinaire et interprofessionnel.

CONCLUSION

Il est judicieux que le corps soignant développe une culture de la sécurité qui considère l'humain et son interaction avec son environnement de travail. La culture de sanction est une construction complexe, profondément enracinée dans les institutions et donc difficile à changer, mais elle n'est pas compatible avec les valeurs portées par notre profession. C'est pour cela que Les professionnels de la santé doivent avoir une réflexion nationale sur la création d'une culture de la sécurité. Ce défi doit être porté surtout par le corps médical, il constitue un pari gagnant pour le futur de la profession (surtout les disciplines dites « à risques »), la protection des soignants et une preuve de transparence et d'ouverture à l'égard de la société sur le sujet de l'erreur

qui reste tabou. Des canaux de communication doivent s'ouvrir avec les décideurs politiques et surtout les juristes pour autopsier la notion l'erreur. La justice n'a pas à établir les règles de bonnes pratiques par le biais de la jurisprudence mais se doit de sanctionner les fautes commises par les soignants qui n'appliquent pas ces normes ou les ignorent. La justice se doit d'organiser un cadre moins dramatique mais aussi plus diligent que ne l'est celui d'un tribunal, un dispositif de règlement amiable des EIAS qui permette une investigation sérieuse sur les causes des dommages dont se plaint un patient car la judiciarisation de la médecine et la médiatisation de l'erreur, au lieu d'aboutir à une meilleure protection et qualité dans la prise en charge du patient, risquent de se retourner contre lui en proposant des pratiques coûteuses, iatrogènes et rendre la pratique médicale basée sur la peur et non sur les évidences.

Références

1. Kohn L, Corrigan J, Blendon R. To err is human : Building a safer health system. Washington (DC) : National Academies Press 2000.
2. Michel P, Mosnier A, Kret M, Chanière M, Dupie I, et al. Etude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France : ESPRIT 2013. Bull Epidemiol Hebd 2014;(24) :410-16.
3. Leape L, Epstein AM, Hamel MB. A series on patient safety. N Engl J Med 2002 ;347 :1272-4
4. Reason JT. Human Error. New York : Cambridge University Press 1990.
5. Reason J. Human error : models and management. BMJ 2000 ;320 :768-70
6. Haute Autorité de santé. Mesure de la culture de sécurité des soins : enquête auprès des médecins engagés dans l'accréditation. Journal de l'accréditation des médecins 2012 ;21 :2-3.
7. Mahjoub M, Bouafia N, Cheikh AB, Ezzi O, Njah M. Santé Publique 2016 ;28(5) : 641-646.
8. Reason J. Achieving a safe culture : theory and practice. Work and Stress 1998 ;12(3) :293-306
9. Weng SJ, Kim SH, Wu CI. Underlying influence of perception of management leadership on patient safety climate in healthcare organizations - A mediation analysis approach. Int J Qual in Health Care 2016 :1-6
10. Reason J. Safety paradoxes and safety culture. Injury Control and Safety Promotion 2000;7(1) : 3-14.
11. Gutiérrez Ubeda SR. Is an effort needed in order to replace the punitive culture for the sake of patient safety ? Rev Calid Asist 2016;31(3) :173-6.
12. Lisa Hitchen. Blame culture is still a problem in tackling patient safety. BMJ 2007;335(7631): 1172.
13. Wu AW. Medical error : the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ 2000;320(7237) :726-7.
14. Wu AW, Steckelberg RC. Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? BMJ Qual Saf 2012 ;21(4) :267-70
15. Jones JH, Treiber LA. When nurses become the "second" victim. Nurs Forum 2012;47(4):286-91
16. Quillivan RR, Burlison JD, Browne EK, Scott SD, Hoffman JM. Patient Safety Culture and the Second Victim Phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress in Nurses. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2016 ;42(8) :377-86.
17. Hurtado Hoyo E. Judicial-Clinical Syndrome. Rev Asoc Méd Argent 1995 ; 108: 3-6