

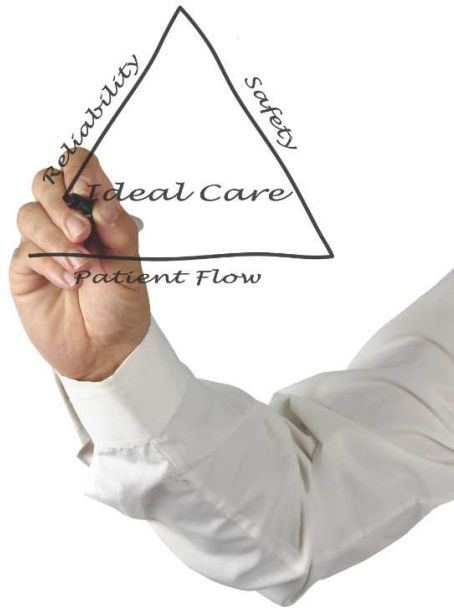
Pas de culture de sécurité sans un leadership totalement convaincu, impliqué et moteur dans la démarche

Pr Dr Philippe A. Coucke, Chef de Service, Service de Radiothérapie, CHU de Liège
Jeudi 12 Décembre 2013



La culture de sécurité en santé publique a 40 ans de retard

Le rapport de l'IOM (*Institute of Medicine*), publié en 1999, met le doigt sur les risques auxquels les patients s'exposent en rentrant dans un secteur hospitalier. Ces nombres éloquentes ne sont pas l'apanage d'un système de santé publique particulier, par ailleurs fortement décrié et propre aux Etats Unis d'Amérique. Les statistiques dans d'autres systèmes de santé sont identiques et l'OMS clame aujourd'hui que, lorsque vous êtes admis dans un hôpital, vous avez 10% de risque d'en sortir moins bien qu'à l'entrée (*European Union Network for Patient Safety*). Et pourtant, tous les acteurs du terrain se gargarisent avec le slogan «priorité à la sécurité». Malheureusement, il s'agit là souvent simplement d'un slogan qui ne se reflète pas dans nos pratiques journalières. Et c'est là que le secteur de la santé se différencie singulièrement des autres domaines d'activités industrielles dits à haut risque (aviation civile, centrales atomiques, industrie alimentaire), qui ont depuis longue date un «management du risque opérationnel» organisé, structuré et prospectif. Un des principes de base du management du risque est la mesure: dans les écoles managériales on apprend que l'on ne peut manager ce que l'on ne mesure pas. Mesurons-nous les risques en santé publique? Avons-nous des indicateurs fiables, reproductibles, transparents qui nous donnent une idée de la sécurité et de la qualité de nos pratiques? L'incidence des risques systémiques – et je préfère utiliser ce terme plutôt que celui d'«erreur médicale» – est certainement sous-estimée, car il n'y pas en santé publique une culture de sécurité qui prône la déclaration spontanée et transparente de tous les événements, qu'ils soient indésirables (sans effet délétère pour le patient) ou greffés d'effet mineur (incident) ou majeur (accident).



En guise de préambule, définissons tout évènement comme «ce qui n'est pas attendu dans le processus»; ceci comporte donc des erreurs dans la prise en charge (par exemple: erreurs de diagnostic, de traitement, d'annonce de résultats, de communication en cas de transfert, d'identité, etc.) et des problèmes de fiabilité (définie comme l'ensemble des éléments suivants: le patient bénéficie des bons examens, d'une prise en charge médicale adéquate, de la bonne information, et ce au moment approprié et en accord avec ses valeurs et préférences).

La réaction quasiment «monosynaptique» des leaders, qu'ils soient administratifs, médicaux et académiques, est de dire «*ceci ne peut arriver chez nous*». Cet adage est l'illustration directe d'une perte inquiétante de la conscience environnementale, un des facteurs universellement reconnus dans l'industrie à haut risque comme étant à l'origine des incidents et accidents. Cette absence de conscience environnementale s'explique par le manque de connaissance de l'épidémie et de la dynamique de l'erreur systémique et le manque de formation des leaders en termes de management du risque opérationnel.

Comme dans l'industrie à haut risque, 80% des erreurs en santé publique sont des erreurs humaines. Ces sont des erreurs d'omission et de commission, préconditionnées par des erreurs latentes dans nos systèmes (théorie de Reason). Tous nos actes sont caractérisés par de multiples étapes. Si on considère simplement qu'entre l'ordre médical donné et l'exécution de cet ordre, il y a entre 40 à 60 étapes, on comprend rapidement que la probabilité que l'ordre soit correctement effectué fond comme neige au soleil. Prenons simplement un risque de 2% d'erreurs par étape: la probabilité, dans un processus constitué de 50 étapes, d'accomplir l'acte conformément à l'ordre donné sera de 36% (0,9850).

Si nous voulons changer la donne, les leaders vont devoir produire des efforts considérables pour créer, entretenir et stimuler la culture de sécurité dans leurs organisations. Car ce sont ces leaders administratifs, cliniques et académiques qui managent et forment la nouvelle génération des acteurs en santé publique.

Le rôle unique du leader

Le leader doit définir les valeurs dans l'organisation. Il établit les buts stratégiques et fait en sorte que les efforts soient fournis dans l'organisation afin d'atteindre les buts établis. Il doit, pour cela, pourvoir en ressources suffisantes pour la création, la propagation et le maintien de la qualité/sécurité ainsi que la constante amélioration de celle-ci. Les obstacles doivent être éliminés. Il doit obtenir l'adhésion à des pratiques issues de l'«*Evidence Based Medicine*» (études cliniques randomisées) ou «*Medicine Based Evidence*» (résultats cliniques publiés pour des cas de figure où des études randomisées ne sont tout simplement pas envisageables ou réalistes). Selon Ann Rhoades, co-fondatrice de *Jetblue Airways* et qualifiée de «gourou» en matière de systèmes qui fonctionnent essentiellement avec et par des ressources humaines, ce sont les leaders qui définissent les valeurs, qui seront elles-mêmes les moteurs des attitudes, celles-ci étant une partie importante de la culture. En effet, **la culture de sécurité est multi-composite mais l'élément central du spectre est le leadership**; les autres composantes sont les convictions et valeurs, les suppositions et perceptions, les attitudes et actions et les polices et procédures.

Ce leadership n'est pas une tâche de tout repos. Selon une publication du IHI (*Institute for Healthcare Improvement*), il est basé sur 8 points essentiels (encadré).

Les 8 points essentiels qui composent le leadership, selon l'IHI (*Institute for Healthcare Improvement*)

1. La définition des priorités stratégiques, de la culture et de l'infrastructure.
2. L'engagement de tous les «actionnaires» (y compris les patients).
3. Le développement de la communication et la conscience de l'environnement.
4. L'établissement des buts du système ainsi que la supervision et la communication de ces buts.
5. La mesure de la performance de façon continue.
6. Le soutien inconditionnel aux patients lésés (première victime) et au staff impliqué (seconde victime).
7. L'alignement des activités du système avec des encouragements et des incitations à promouvoir cette culture.
8. La modification des processus afin d'augmenter la fiabilité (faire en sorte que la chose juste à faire soit la voie la plus directe et la plus facile).

Le premier point est la définition des priorités stratégiques, de la culture et de l'infrastructure. Cela passe forcément par le fait de considérer la sécurité du patient comme une priorité absolue au sein du système. Chaque membre de l'organisation doit comprendre que cela fait partie intégrante de son cahier des charges! Il faut forcément passer par une phase de sensibilisation des troupes et maintenir éveillé le niveau de conscience environnementale.

Il est utile d'évaluer d'emblée le niveau de culture de sécurité. Il existe à cet effet différentes méthodologies validées. Une évaluation ponctuelle isolée n'a pas beaucoup de sens. Elle permet bien entendu de définir des nouveaux objectifs en matière de culture de sécurité mais des mesures répétitives dans le temps sont les seuls moyens pour évaluer l'évolution de cette culture. Une réelle culture de sécurité doit être basée sur une «culture juste», qui est un savant équilibre entre une approche «*no shame, no blame*» et une approche plus répressive. Une culture juste, telle que définie par Sidney Dekker (*Just culture; balancing safety and accountability. 2nd edition; Ashgate Publishing Company 2012*) comporte un niveau de confiance dans l'organisation qui permet et encourage la déclaration des événements indésirables, incidents et accidents, ainsi que la communication à tous les niveaux. Ceci implique une approche non punitive pour ceux qui rapportent ces EI, approche non punitive mise en place par les leaders, mais aussi un *leadership* qui est responsable pour la mise en place de processus fiables et qui demande l'adhésion à ces processus. Dans une culture juste, on a le droit à l'erreur, mais les violations des procédures sont à condamner.

Une réelle culture de sécurité doit être basée sur une «culture juste», qui est un savant équilibre entre une approche «*no shame, no blame*» et une approche plus répressive.

Le manque de conscience de l'environnement des leaders

Nous n'allons pas parcourir les 8 points du rapport IHI et le lecteur peut facilement comprendre le rôle primordial du leader pour chacun de ces points. Un des problèmes auxquels le secteur de la santé publique fait face aujourd'hui est le manque de conscience environnementale des leaders. La raison principale est le manque de connaissance de base en matière de management opérationnel du risque. Les différents actionnaires (les CEO, les conseils d'administrations, le corps médical, les autorités académiques et les patients) n'ont que très peu de notions. Il va falloir passer par une information/éducation à tous les niveaux. Un challenge majeur reste la sensibilisation du corps médical à la problématique. Les médecins ont un parcours de formation particulier, caractérisé par le mythe de l'infailibilité. Pendant ce parcours formateur, on leur octroie peu de place à l'erreur. Peu sont à même de comprendre et d'expliquer le système dans lequel ils vont travailler. On ne les a surtout jamais testés sur des aptitudes «non techniques» (intégration, travail en équipe, communication assertive), caractéristiques professionnelles qui sont considérées comme aptitudes fondamentales dans d'autres secteurs dits à haut risque et qui sont systématiquement évaluées à l'engagement et régulièrement testées au cours de la carrière professionnelle. Assurer la sécurité est par définition un travail d'équipe, qui requiert une communication efficace et assertive. L'individualisme est encore trop omniprésent dans le secteur médical. On fait croire aux acteurs médicaux que les connaissances théoriques sont une excellente barrière contre l'erreur. Comment peut-on encore aujourd'hui penser un seul moment que la capacité humaine permette de suivre l'explosion exponentielle des données et connaissances médicales (plus de 24.000.000 de publications indexées dans PubMed; plus de 70 études randomisées qui sortent par jour; plus de 15 revues systématiques publiées chaque jour). Dans un tel contexte d'explosion des données scientifiques publiées, il est illusoire et dangereux de penser que nos connaissances théoriques nous sauvegardent contre l'erreur. Les autorités académiques feraient bien de s'en rendre compte rapidement!

Assurer la sécurité est par définition un travail d'équipe, qui requiert une communication efficace et assertive. L'individualisme est encore trop omniprésent dans le secteur médical.

On pense que la médecine se distingue de l'industrie parce qu'elle est «spéciale». Combien de fois n'entend-on pas des leaders cliniques déclarer qu'une démarche calquée sur l'industrie, qui prône l'établissement de standards et de procédures, serait une limitation sévère de la sacro-sainte autonomie du praticien? Là aussi, c'est caresser la douce illusion que nous avons encore un zeste d'autonomie décisionnelle dans un système de santé publique qui se complexifie singulièrement et où la majorité des décisions sont prises loin en amont de notre activité (ces mêmes décisions qui introduisent potentiellement des erreurs latentes dans le système, erreurs latentes que nous méconnaissons). Me vient à l'esprit immédiatement la question si cette autonomie est encore adéquate et souhaitable, vu l'explosion des coûts et des connaissances. Ceci semble particulièrement sujet à caution, vu notre capacité limitée de pondérer, de jauger les masses d'informations récoltables aujourd'hui et qui peuvent être déterminantes dans nos choix. Dans un tel contexte, il est inquiétant de constater que les médecins ont un problème fondamental à comprendre que les standards sont là pour assurer une manière de travailler qui soit prédictible et surtout pour anticiper la manière dont les acteurs du terrain vont agir. Ces standards sont des guides, des balises. Bien entendu, ils ne nous affranchissent pas d'utiliser nos cerveaux! Ce n'est pas parce qu'il existe des standards et des balises que l'option de sortir d'un protocole est irrémédiablement proscrite. Guggisberger, le pilote qui a posé son avion sur la rivière Hudson, a fait la preuve de la possibilité et de la nécessité dans certaines circonstances de sortir des standards quand la situation l'impose mais en même temps, il faut analyser et comprendre pourquoi l'on sort des balises.

Il serait trop simple d'effectuer des coupes sombres dans des domaines qui semblent à priori non lucratifs, comme la mise en place de ressources humaines et matérielles suffisantes visant une amélioration continue de la qualité et de la sécurité.

Nous avons évoqué le niveau de responsabilité du *leadership* académique et le niveau de responsabilité du *leadership* clinique. N'oublions surtout pas le niveau de responsabilité du *leadership* administratif et en particulier des comités budgétaires, des conseils d'administration, des CEO et des pouvoirs publics et politiques. Dans un contexte de crise économique importante, on aurait tendance à réduire les budgets alloués à des activités «non lucratives». Il serait trop simple d'effectuer des coupes sombres dans des domaines qui semblent à priori non lucratifs, comme la mise en place de ressources humaines et matérielles suffisantes visant une amélioration continue de la qualité et de la sécurité. N'oublions surtout pas que le manque de qualité a un coût. Aux USA, on évoque que les erreurs provenant des systèmes hospitaliers coûtent annuellement approximativement 30 milliards de dollars. On n'a aucune idée de l'ampleur de la note dans le contexte de la médecine non hospitalière. Seulement, faire le lien entre une démarche qualité et une économie potentielle en matière de santé publique n'est pas forcément une démarche aisée. Toutefois, tous les actionnaires qui gravitent autour de la problématique de la culture de sécurité – y compris les patients et les familles – doivent partager cette responsabilité pour ce changement culturel profond.

Sans l'implication du *leadership*, la démarche qui vise une amélioration continue de la culture de sécurité dans nos institutions sera un exercice futile!

Conclusion

Une démarche qualité sans implication inconditionnelle du ou des leaders est un exercice futile. C'est la condition *sine qua non* si on veut instaurer une culture de sécurité et un processus d'amélioration continue en matière de qualité et de sécurité! Pour modifier la culture existante, il va falloir identifier ce que les Anglo-Saxons appellent les *champion's leaders*. Il va falloir les identifier dans des domaines divers tels que cliniques, académiques, administratifs, politiques, associations de patients et familles, assurances etc. La toute première démarche à envisager est de sensibiliser les acteurs du terrain de l'importance de l'épidémie, de mesurer le niveau de culture, de mettre en place des actions correctives, d'analyser l'impact et de consolider ce qui sera acquis par une telle démarche et ceci de façon continue. On rentre dans la logique du cercle vertueux de Deming.

Ne nous faisons aucune illusion, les avancées technologiques en santé publique vont rendre les prises en charge de plus en plus complexes. Il va y avoir de plus en plus d'opportunités d'erreurs, qu'elles soient latentes ou actives. Les ennemis de la sécurité/qualité ne sont pas les acteurs dans le système de santé mais le système lui-même et les victimes sont les patients, les familles et les soignants! La crise aujourd'hui est évidente, identifiée et quantifiée. La résoudre va demander de l'humilité, de la discipline, ainsi que de la communication et de l'information transparentes.