

***LE COMPROMIS ENTRE CULTURE NON PUNITIVE ET CULTURE JUSTE***

***LE COMPROMIS ENTRE CULTURE NON PUNITIVE ET CULTURE JUSTE : ANALYSE DES SOUS-CULTURES DE SÉCURITÉ DES PATIENTS DANS UN SERVICE DE RADIOTHÉRAPIE***

**RÉSUMÉ :**

Alors que Woynar et al. (2007) font de la culture non punitive un facteur de succès d'une approche systémique de gestion de risques en milieu médical, des auteurs comme Dekker & Breakey (2016) Levitt (2014) et Shojania & Dixon-Woods, (2013) soulignent qu'elle est difficile à appliquer et préconisent le passage à une approche de culture juste. Cette étude évalue les sous-cultures de sécurité d'un service de radiothérapie en vue d'analyser la mesure dans laquelle culture juste et culture non punitive peuvent coexister. Nous constatons que culture juste de rétribution et culture non punitive sont opposés, mais on peut retrouver dans un SRT une culture non punitive et une culture juste substantielle.

**Mots clés:** culture de sécurité, culture juste, culture non punitive, gestion des risques, radiothérapie

**SUMMARY:**

***THE TRADEOFF BETWEEN NO-BLAME CULTURE AND JUST CULTURE: AN ANALYSIS OF THE PATIENT'S SAFETY SUBCULTURES IN A RADIOTHERAPY UNIT.***

The recent publication of the report "Medical error-the third leading causes of death in the US" (Makary & Daniel, 2016) has led to a renewed attention to the issue of patient safety in many developed countries. The main issue involved is the role played by medical staff work in the occurrence of deaths from the medical care. According to Makary & Daniel, communication failures, misdiagnosis, bad judgments and inadequate skills have caused an average of 251,454 deaths per year in the United States in 2013.

This report has taken the opposite view of the proponents of "No shame no blame" approach characterizing a non-punitive culture in which people are led to blame the system even though human responsibility is obvious. While the no-blame culture has often been presented as the success factor of an efficient safety /quality policy in medical settings (Amalberti et al., 2005; Woynar et al, 2007), discordant voices now stand to underline the limits of this approach (see eg Dekker & Breakey, 2016; Levitt, 2014 or Shojania & Dixon-Woods, 2013). These authors argue that the no-blame culture is difficult to implement in practice and suggest the implementation of a just culture that places more emphasis on individuals' behavior and performance and on their responsibility at work.

In this context, this study examines – based on an in-depth longitudinal case study of a radiotherapy department that has implemented a reporting system for adverse events - the extent to which non-punitive culture and just culture can live together in the same organizational unit. By combining in-depth interviews with members of the quality team and a questionnaire survey administered to all staff, we evaluate the current safety subcultures in the service. The content

analysis of the interviews and the treatment of questionnaires following the methodology of the Agency for Healthcare Research and Quality allows to see the emergence of three subcultures in the radiotherapy department studied: a reporting subculture, a non-punitive subculture and, to some extent, a just subculture. The study shows that the development of the safety culture in this department is based primarily on the establishment of a non-punitive subculture used as a way to encourage spontaneous reporting of adverse events. The reporting culture is therefore the more controlled dimension of the safety culture of the department. Concerning responsibility of workers, the study shows that they have no fear of punishment and are not even familiar with the term in the workplace. On the contrary, instead of a retributive just culture, the department has focused its safety culture on learning from mistakes and substantial just culture based on a system of worker participation in the preparation of procedures that prescribe the right way to work.

**Key words:** safety culture, just culture, no-blame culture, risk management, radiotherapy

## I. INTRODUCTION

La sécurité des patients est un enjeu majeur pour les systèmes de santé. La publication récente du rapport « Medical error—the third leading cause of death in the US »<sup>1</sup>, qui classe les erreurs médicales comme la troisième cause de décès aux Etats-Unis après le cancer et les maladies cardiaques (Makary & Daniel, 2016), a remis cette question au centre des préoccupations dans de nombreux pays développés. Selon Makary & Daniel, les pannes de communication, les erreurs de diagnostic, les mauvais jugements et les compétences insuffisantes ont occasionnés en moyenne 251 454 décès par an aux Etats-Unis en 2013.

Mais ce problème est loin d'être nouveau. En effet, dès l'an 2000, le rapport "*To err is human*" de l'*Institute of Medicine* avait donné l'alerte. Mais, contrairement aux conclusions de Makary & Daniel, l'*Institute of Medicine* soulignait que les défaillances systémiques dans la prestation des soins sont plus dangereuses que les piètres performances probables des individus. Dans ce contexte, des auteurs comme Amalberti et al. (2005) et Woynar et al. (2007) ont encouragé l'implémentation dans les services médicaux de politiques de sécurité/qualité basées sur la collecte et l'analyse des événements indésirables (EI). Tout en soulignant que l'efficacité d'un tel système nécessite un engagement de non punition de la part de la direction pour stimuler une attitude courageuse de chacun des acteurs appelés à révéler ses faiblesses (Woynar et al., 2007). Or, des recherches récentes (par exemple, Dekker, 2012; Dekker & Breakey, 2016, Levitt, 2014 ou Shojania & Dixon-Woods, 2013) révèlent les limites de cette approche systémique qui conduit les gens à blâmer le système même lorsque toutes dispositions sont prises pour permettre que le comportement adéquat soit adopté. Plusieurs auteurs, dont Levitt (2014) et Young et al., (2004), suggèrent de prendre plus au sérieux les performances et les comportements des individus en migrant vers un programme de culture juste de rétribution qui permet de préserver la déclaration des erreurs tout en restant intolérant vis-à-vis des comportements imprudents. La réalisation d'une «culture juste» est ainsi devenue une composante importante de la culture organisationnelle en tant que réponse à l'anxiété relativement récente qu'a suscitée l'approche non punitive dans la pratique (Dekker & Breakey, 2016).

Mais, malgré ces évolutions, aucune étude n'analyse le difficile compromis que pourrait susciter la cohabitation entre culture juste et culture non punitive à l'intérieur d'un service médical. La présente étude fournit une première réponse à cette préoccupation. En combinant

---

<sup>1</sup> <http://www.bmj.com/content/bmj/353/bmj.i2139.full.pdf> consulté le 18/05/16

des entretiens semi-directifs et la méthodologie de l'AHRQ, nous évaluons les différentes sous-cultures de sécurité en vigueur dans un service de radiothérapie (SRT) d'hôpital universitaire engagé depuis 10 ans dans un processus d'amélioration continue de la sécurité des patients. L'objectif est de voir dans quelle mesure culture juste et culture non punitive sont susceptibles de cohabiter dans la même entité organisationnelle.

## II. REVUE DE LA LITTÉRATURE

### II.1. CULTURE ET SOUS-CULTURES DE SÉCURITÉ

Les premières définitions de la culture de sécurité proviennent de comités consultatifs ou organes de régulation du secteur du nucléaire. Cooper (2000) réalise une revue de ces définitions et constate que la plupart d'entre elles reflète l'idée que la culture de sécurité « est » une propriété émergente de groupes sociaux plutôt que quelque chose qui a une fonction prédéterminée favorisée par les gestionnaires et les praticiens. Comme le souligne cet auteur, cette orientation a conduit à mettre un trop grand accent sur le climat de sécurité au détriment des autres dimensions de la culture de sécurité. Pourtant, la culture de sécurité a une nature holistique et multi-facettes qui a été soulignée depuis de plusieurs décennies (par exemple, Cooper, 2000 ; Guldenmund, 2000 etc.).

Plusieurs auteurs analysent la culture de sécurité comme étant le produit de l'interaction entre plusieurs sous-cultures. Dans cette perspective, les différentes sous-cultures sont considérées comme des aspects particuliers - d'une culture<sup>2</sup> plus globale - dont l'interaction permet l'émergence de la culture de sécurité de l'organisation. S'inscrivant dans ce paradigme, Cooper (2000) conçoit la culture de sécurité comme un objectif d'ordre supérieur, un idéal qui est obtenu en divisant la tâche en une série de sous-objectifs destinés à diriger l'attention et les actions des gens vers la gestion de la sécurité. Pour Cooper, la réalisation de l'objectif d'ordre supérieur, la culture de sécurité, est facilitée lorsqu'il est divisé en sous-objectifs ou sous-cultures plus faciles à gérer et elles-mêmes difficiles à atteindre. Dès lors, la culture de sécurité est le produit des interactions réciproques entre trois catégories de sous-cultures: la sous-culture psychologique ou climat de sécurité, la sous-culture comportementale et la sous-culture organisationnelle.

Dans le même ordre d'idée, Reason (1997) soulignait que la culture de sécurité est « un état de grâce, [...] quelque chose qu'on s'efforce d'avoir mais qu'on atteint rarement » (Reason, 1997, p 220). La création d'une « *Informed culture* », nécessaire pour prévenir les accidents organisationnels, dépend de la mise en place d'une sous-culture de déclaration<sup>3</sup>. Cette dernière nécessite également que soit conçue une sous-culture juste. Simultanément, une sous-culture flexible est nécessaire si l'organisation doit se reconfigurer à la lumière de certains types de dangers et, cette sous-culture flexible à son tour nécessite une sous-culture d'apprentissage (Reason, 1997). Ainsi, la culture informée est assimilable à un objectif d'ordre supérieur puisque sa réalisation est assujettie à la mise en place d'un certain nombre de sous-cultures.

Dans une logique comparable, Guldenmund (2000) regroupe les dimensions de la culture de sécurité en trois couches ou sous-cultures: le noyau constitué d'hypothèses de base est la sous-culture la moins apparente, la sous-culture intermédiaire est composée des attitudes, des perceptions et des valeurs défendues et la sous-culture la plus externe est constituée de manifestations particulières de la culture de sécurité. Ces différentes sous-cultures sont les déterminants les uns des autres et interagissent pour produire la culture de sécurité de l'organisation.

---

<sup>2</sup> La sous-culture est un terme qui peut être utilisé indifféremment pour désigner un sous-groupe de personnes (à savoir département, groupe de travail) et un aspect de la culture elle-même (par exemple la culture de sécurité est une sous-culture de la culture d'entreprise) (Cooper, 2000).

<sup>3</sup> Traduction libre de « reporting culture »

Dès lors, la culture de sécurité peut être analysée sous le prisme de la métaphore de la cellule vivante dont l'existence est le résultat de la coexistence de plusieurs « atomes » que représentent les différentes sous-cultures. Au lieu de s'intéresser directement à la culture de sécurité qui est un phénomène complexe, il est pertinent d'analyser les sous-cultures et leurs interactions. En effet, autant elles peuvent interagir positivement pour améliorer le niveau de culture de sécurité globale, autant ces sous-cultures peuvent être incompatibles ou difficilement conciliables avec un effet pervers sur la culture de sécurité de l'organisation.

## II.2. LE DIFFICILE COMPROMIS ENTRE CULTURE NON PUNITIVE ET CULTURE JUSTE

L'élément le plus important pour la création d'une culture de déclaration c'est la confiance et, cette dernière réside dans la façon dont l'organisation gère les blâmes et les rétributions (Reason, 1998). Pour répondre à cette dernière préoccupation, Dekker (2005) et Reason (1997)<sup>4</sup> ont plaidé en faveur de l'adoption d'une approche non punitive de la sécurité qui implique une amnistie générale à tous les types de comportements dangereux. Mais, Reiman & Rollenhagen, (2011) attirent l'attention sur l'antinomie entre une telle approche et d'autres buts et croyances telles que la nécessité que les gens soient tenus responsables de leurs actions. De plus, la mise en œuvre de la culture non punitive dans la pratique provoque de nombreuses inquiétudes (Dekker & Breakey, 2016) et des interrogations émergent sur la façon de sanctionner les comportements impropres à la sécurité sans compromettre la possibilité pour les travailleurs de contribuer à l'apprentissage organisationnel en divulguant leurs erreurs (Marx, 2001).

Face à ce dilemme, Reason (1998) préconise le passage à une « culture juste » pour gérer le compromis entre le blâme raisonnable et déraisonnable. Le but d'une culture juste est de gérer l'interrelation entre discipline et sécurité de manière à éviter de compromettre l'honnêteté et la communication des erreurs. Pour ce faire, il est nécessaire d'énoncer les conditions qui légitiment l'intervention de la direction dans la sanction des individus (Dekker, 2012; Marx, 2001). Pour Reason, le jugement de la direction doit reposer sur la distinction entre deux types de violations : les *Routine violations*<sup>5</sup> et les *Necessary violations*<sup>6</sup>. Marx (2001) étend la liste des comportements établit précédemment en distinguant quatre catégories de comportement qui se chevauchent et peuvent être utilisés pour décrire un comportement blâmable : l'erreur humaine, la négligence, les violations intentionnelles des règles et la conduite imprudente - des catégories qui impliquent des degrés croissants de caractère intentionnel et de négligence (Marx, 2001).

Toutefois, la gestion du compromis entre blâme raisonnable et déraisonnable n'est qu'un pan de la culture juste. Cet aspect de la culture juste consacré à la répartition appropriée des sanctions est communément qualifié de « culture juste de rétribution » (Dekker & Breakey, 2016 ; Marx, 2001). Dekker & Breakey (2016) affirment que, d'un point de vue moral, un programme de culture juste qui n'implique que le travailleur et son patron dans une relation de détermination de la rétribution proportionnelle à l'infraction ne suffit pas et peut même être inapproprié. Pour améliorer la sécurité et avoir en même temps un lieu de travail légitime, un programme de culture juste doit se pencher sur « *the many ways managerial processes of determining culpability can visit injustices on the worker* » (Dekker & Breakey, 2016, p. 188). Ainsi, à la culture juste de rétribution doit être jointe une culture juste substantielle, une culture juste procédurale et une culture juste réparatrice (Dekker & Breakey, 2016).

---

<sup>4</sup> L'attribution du blâme, bien que souvent émotionnellement satisfaisant, se traduit rarement en contre-mesures efficaces. Le blâme implique la délinquance et la délinquance est normalement traitée par des exhortations et des sanctions. Mais ceux-ci sont tout à fait inappropriés si les personnes individuelles concernées ne choisissent pas de se tromper en premier lieu, ni ne sont pas sensiblement sujettes à l'erreur (Reason, 1995).

<sup>5</sup> Les *Routine violations* sont des violations flagrantes et insouciantes des règles, motivées par la paresse et la recherche de raccourcis.

<sup>6</sup> Les *Necessary violations* proviennent en grande partie de l'insuffisance de l'équipement ou du lieu de travail qui ne permettent pas d'effectuer le travail en se conformant strictement aux procédures.

Dans la suite de cette étude, nous analysons à partir du cas d'un service médical, la mesure dans laquelle les différents éléments constitutifs de la culture juste sont observables dans un contexte où la culture de sécurité accorde une place importante à l'amélioration continue du système.

### III. L'ÉTUDE EMPIRIQUE

En 2015, nous avons été sollicités par un SRT soucieux d'évaluer son niveau de culture de sécurité. Ce service était particulièrement adapté à l'analyse des sous-cultures en raison de la proximité entre cause humaine et cause systémique<sup>7</sup> d'erreur dans ce type d'établissement d'une part et d'autre part, en raison du fait que le service étudié est déjà engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité depuis 10 ans. Cette amélioration a conduit processus à l'implémentation d'un Comité de Retour d'Expérience (CREx) expérimenté avec succès dans de nombreux services de radiothérapie en France.

#### III.1. MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES

En vue d'évaluer l'impact, sur le niveau de culture de sécurité, des initiatives managériales, nous avons entrepris une démarche en deux étapes. Dans un premier temps, nous avons conduit 15 entretiens avec des personnes directement impliquées dans le management de la qualité. À savoir le chef de service, des membres du comité de pilotage, les membres du service qualité, des membres du CREx et les référents qualité de tous les secteurs professionnels (médecins, physiciens, infirmiers, administration). Le but de ces entretiens était de mettre en lumière les principales caractéristiques de la culture de sécurité du service. Les entretiens qui ont duré entre 30 et 90 min ont été complètement enregistrés et retranscrits.

Dans un second temps, les caractéristiques déduites de l'analyse des entretiens ont servi construire un questionnaire comprenant 16 affirmations sur lesquelles les travailleurs sont invités à indiquer leur niveau d'accord sur une échelle de Likert à 5 dimensions (Pas du tout d'accord – Pas d'accord – Neutre – D'accord – Tout à fait d'accord). Ces mesures sont utilisées dans la plupart des questionnaires du climat de sécurité (par exemple, DeJoy et al., 2004; Neal & Griffin 2006). Toutefois, toutes les questions comprennent une sixième modalité « Pas d'avis/Pas concerné ». Cette option est incluse pour que le personnel qui ne dispose pas d'informations suffisantes sur une question particulière puisse s'abstenir plutôt que de fournir une réponse aléatoire. Le questionnaire ainsi construit a été administré à l'ensemble du personnel du service soit 98 personnes. Nous avons obtenu 66 questionnaires complétés dont 64 exploitables soit un taux de participation de 65%.

#### III.2. MÉTHODES D'ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse de contenu a été sollicitée pour répertorier les idées qui, dans les entretiens, se rapportent à la gestion de l'interrelation entre discipline et sécurité des patients. Il s'est agi d'analyser la mesure dans laquelle le service évalue le degré d'intentionnalité de l'erreur. Par ailleurs, le survol des réponses nous a amené à comprendre que les déclarations d'incidents sont un élément essentiel de la politique de sécurité du SRT et qu'en plus, un point d'honneur est accordé à l'adhésion volontaire du personnel aux mesures relatives à la sécurité. Dès lors, nous avons également analysé la façon dont le SRT encourage les déclarations d'incidents de même que la façon dont il s'assure du caractère légitime des initiatives managériales en matière de sécurité.

---

<sup>7</sup> Les erreurs en radiothérapie peuvent être séparées en deux catégories : ponctuelles, généralement humaines et systématiques c'est-à-dire liées au matériel, au management, à un déficit de formation du personnel, plus redoutées car susceptibles de se répéter tant qu'elles ne sont pas détectées et corrigées (Mazeron et al., 2013).

L'analyse des données recueillies par questionnaire s'est inspirée de la méthode de l'*Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*<sup>8</sup>. Pour chaque affirmation, les deux catégories de réponse les plus faibles sont combinés (Pas du tout d'accord / Pas d'accord) pour constituer les réponses négatives et les deux catégories de réponse les plus élevés (Tout à fait d'accord / D'accord) constituent les réponses positives. Lorsqu'une affirmation est libellée négativement, un désaccord est considéré comme une réponse positive. Puis, afin d'évaluer le niveau de maîtrise des différentes sous-cultures, nous calculons un score composite global pour chaque dimension. Ce score est la moyenne des pourcentages de réponses positives sur chaque élément de la sous-culture considérée.

Notre étude se distingue toutefois, de l'AHRQ en prenant en compte deux autres indicateurs : le coefficient de variation des réponses et le taux de participation. Le coefficient de variation permet de juger de l'importance de la divergence des avis entre les répondants. Nous estimons qu'un coefficient de variation faible renseigne sur le fait que les réponses enregistrées pour l'item rendent compte d'une pratique organisationnelle normalisée et partagée dans le service. Par contre, un coefficient de variation élevé témoigne d'une divergence des points de vue entre les travailleurs et donc d'un jugement davantage influencé par des facteurs personnels que par une réalité organisationnelle.

Enfin, le dernier indicateur permet d'apprécier la mesure dans laquelle les éléments culturels de la dimension explorée sont diffusés dans l'entité. Cet indicateur mesure le nombre de personnes ayant effectivement donné un avis pour chaque question. Pour réaliser la comparaison entre les sous-cultures, nous calculons dès lors un taux de participation qui est le rapport entre le nombre de personnes ayant donné un avis et le nombre total de répondants et une moyenne des taux de participation par sous-culture. Cet indicateur est important puisque la culture de sécurité est censée pénétrer de façon égale l'ensemble des couches de l'organisation (Reason, 1998) et son succès dépend de son champ d'application, de sa diffusion auprès des employés et de l'engagement de ceux-ci à le faire fonctionner (Lee & Harrison, 2000).

## IV. LES RÉSULTATS

### IV.1. LES SOUS-CULTURES DE SÉCURITÉ DU SRT

Les caractéristiques dominantes de la culture de sécurité du service sont résumées comme suit :

- *Une sous-culture de déclaration soutenue par une sous-culture non punitive*

Au SRT, afin d'inculquer à leurs équipes une bonne culture de sécurité et pour que cette dernière ait des effets souhaitables, les responsables ont fait passer un message soulignant qu'il est dans l'intérêt de la sécurité des patients que toutes les erreurs et tous les incidents possibles soit déclarés. Le postulat de base est qu'il faut apprendre de ses erreurs pour éviter qu'elles ne se répètent. Les limites des capacités humaines sont reconnues et mis en avant dans le discours. Ainsi, du point de vue de l'infirmier en chef, les travailleurs sont « *...des êtres humains. (...) tout être humain commet des erreurs* ». L'erreur est normale mais, « *c'est la suite de petits incidents, de petits oublis qui peut amener à la catastrophe* ». Il faut donc déclarer pour permettre de corriger les conditions qui ont favorisées la survenue de l'erreur.

Une croyance profondément ancrée auprès des personnes interviewées est que les travailleurs sont qualifiés ; ils ne sont pas mal intentionnés et au contraire, ont conscience de l'importance de la sécurité. En effet, de l'avis de la quasi-totalité des interviewés, aucun agent

---

<sup>8</sup> Sorra J, Nieva V. Psychometric analysis of the Hospital Survey on Patient Safety. Rockville, MD: Westat, under contract to BearingPoint, 2003. Contract No. 290-96-0004. Sponsored by the Agency for Healthcare Research and Quality

ne peut délibérément mettre le patient en danger. Une défaillance humaine ne peut être qu'une erreur. Un Infirmier le souligne d'ailleurs en ces termes : « *il ne me vient pas à l'esprit un seul instant qu'un agent pourrait délibérément mettre un nombre d'unité moniteur non équivalent pour faire du tort à un patient* ». Plus important encore, les travailleurs, « *c'est des gens qui ont une formation, qui ont une expérience et qui font leur boulot à leur âme et conscience* ». Ainsi, « *lorsqu'il y a une erreur - qui peut arriver à n'importe qui - on la déclare et il n'y a pas de sanction au bout* ». La démarche non punitive trouve donc tout son sens dans cet environnement puisque les responsables sont convaincus de la capacité des individus à avoir le niveau de performance attendu mais savent qu'ils peuvent être induits en erreur par un système défaillant.

Pour formaliser cette démarche, un CREx a été mis en place avec pour mission de collecter et analyser les EI déclarés. Le personnel appelé à déclarer leurs erreurs a été mis en confiance grâce à la formalisation du principe de non-punition à travers une charte de non punition et la séparation entre le CREx et la direction qui en est d'office exclue. L'analyse des incidents par le CREx adopte une approche systémique et non punitive puisqu'elle n'as pas pour objectif de « *trouver le coupable mais d'analyser pourquoi la situation est apparue et dans quelle mesure on peut mettre en place des moyens pour que cela ne se reproduise plus ... créer des situations pour que cela n'arrive plus* ».

#### - Une sous-culture juste de rétribution

Bien qu'une culture non punitive ait été officialisée, on retrouve dans les discours des traces d'une culture juste de rétribution informelle. En effet, la charte de non punition institue un armistice pour toute erreur déclarée mais, comme le souligne un de nos interlocuteurs, « *Cela étant dit bien, naturellement lorsqu'il s'agit d'un acte non volontaire. C'est important.* » L'existence d'une limite informelle entre comportement acceptable et comportement non acceptable apparaît également dans le discours de certains membres de l'équipe qualité. Par exemple, un référent qualité précise ce qui suit :

« *Attention qu'il y a différentes choses. La partie machine moi je n'interviens pas là-dedans ce sont les médecins hein. Tout ce qui est panne machine ou quoi que ce soit des réinitialisations, de toutes les façons le médecin est prévenu. Ça, ce n'est pas du tout dans mon secteur. ...travailler sur la machine ce n'est pas mon boulot ça...* ».

Le chef de service va encore plus loin en déclarant son intolérance à certains comportements de non-respect des procédures mus par une volonté d'aller plus vite. Il reconnaît que la pression de la production peut inciter à s'en écarter mais, il est toutefois particulièrement intransigeant lorsque des personnes d'un secteur professionnel quelconque réalisent des actes qui ne relèvent pas de leur domaine de compétence. À ce sujet, il précise :

« *il est clair que si vous avez je ne sais pas moi 40, 50 patients à traiter par jour et que un interloque machine s'allume systématiquement et que vous savez pertinemment que cet interloque machine est mineur, si vous n'avez pas le droit de le « bypasser » parce que vous êtes infirmier en machine et vous n'êtes pas médecin, parce que vous n'êtes pas technologue de la firme lambda, vous n'avez pas le droit de le bypasser. Point barre hein.*

[...] *vous devez appeler les médecins qui doivent prendre connaissance de l'interloque, qui doivent prendre leurs responsabilités en disant vous pouvez le « bypasser » et si pour cela il faut rappeler le médecin 20 fois sur la journée eh bien tant pis il faut rappeler 20 fois le médecin* ». (Chef SRT)

Les lignes qui précèdent montrent l'existence d'un double discours entre la reconnaissance de la conscience des travailleurs qui ne peuvent mettre délibérément le patient en danger et le besoin d'être intolérant à l'égard de certains comportements. Ainsi, de façon informelle, le chef de service tente d'établir la limite entre les erreurs qui dans le cadre de la charte ne sont pas blâmables et le non-respect des procédures qui, dans certaines situations, bien que motivé par

le désir de bien faire, peut favoriser la survenue d'accident. Il est reconnu que tout le monde peut faire une erreur mais si l'erreur découle d'une aventure de l'agent dans une zone qui ne relève pas de sa compétence, alors c'est une faute.

- *Une sous - culture juste substantielle*

Les caractéristiques de la culture juste substantielle apparaissent dans le processus de légitimation des nouvelles initiatives managériales en matière de sécurité. Les personnes interviewées tentent de nous faire comprendre que les initiatives de la direction, relatives à la sécurité, sont acceptées par les travailleurs non pas parce qu'elles proviennent de la direction mais plutôt parce qu'elles améliorent leur façon de travailler et leur permettent de travailler en toute sécurité. Ainsi, un de nos interlocuteurs affirme que : « *Tout ce que M. Coucke [chef de service, note des auteurs] a demandé de faire nous l'avons fait. Pas parce que c'était une contrainte, mais premièrement parce qu'il a raison et de deux parce que cela améliore notre façon de faire notre travail. C'est-à-dire que ça nous permet de travailler en sécurité pour délivrer un traitement en toute précision. C'est important.* »

Globalement, les travailleurs interrogés reconnaissent les apports positifs de ces initiatives qui « *favorisent la fluidité du travail, [...] permettent de travailler l'esprit tranquille parce que les vérifications sont faites etc* ». De même pour eux, ces améliorations « *n'entraînent aucune espèce de difficultés et tout le monde se rend bien compte que ce qui est mis en place est dans l'intérêt des patients mais aussi dans le nôtre [celui des travailleurs, note des auteurs]. ... toutes ces nouveautés que M. Coucke a amenées : sécurité, cet esprit de sécurité et de précision et beh ça va dans notre sens. Nous y entrons tout à fait à l'aise comme des poissons dans l'eau. Ça s'est fait naturellement* ». ».

Toujours en vue de donner de la légitimité aux actions relatives à l'amélioration de la sécurité des patients, la conception des procédures a été confiée aux personnes de terrain. Cette approche *bottom-up* a consisté pour les opérationnels des différents secteurs professionnels à établir eux-mêmes leurs procédures décrivant au mieux la façon dont ils travaillent mais, en y intégrant des vérifications de sécurité. Ces procédures ont ensuite été approuvées par la hiérarchie.

Selon nos interlocuteurs, ces procédures sont acceptées et reconnues comme la meilleure façon de travailler puisqu'elles permettent de réduire les pertes de temps et d'éviter de commettre des erreurs. L'un des médecins interviewés considère qu'elles permettent « *... d'avoir une façon de travailler qui est assez carrée et qui est très bien...* ». Et, selon une référente qualité physicienne, les procédures « *...c'est des garde-fous pour éviter de commettre des erreurs. [...] si on veut éviter des accidents, il faut quand même suivre une procédure qui est quand même sécurisante* ».

#### IV.2. LES PERCEPTIONS DES SOUS-CULTURES PAR L'ENSEMBLE DU PERSONNEL

Nous analysons à présent comment les différentes sous-cultures mis en avant lors des interviews sont perçues par l'ensemble du personnel du service. Les résultats figurant dans le tableau 1 ci-dessous permettent de comparer les scores obtenus pour ces différentes sous-cultures.

Nous constatons que la sous-culture de déclaration est de loin la dimension de la culture de sécurité la mieux maîtrisée<sup>9</sup> par le SRT. Le score de 79% pour cette dimension est le plus élevé, le coefficient de variation est le moins élevé et le taux de prise de position est le plus élevé. Ce

---

<sup>9</sup> Suivant les critères de décision de l'AHRQ, nous considérons qu'une dimension est « maîtrisée » lorsque le score est supérieur à 75%. De même, les domaines nécessitant une amélioration sont ceux dont le score est inférieur à 50%. Toutefois, ces seuils ne sont qu'indicatifs. Le plus important étant de pouvoir comparer une dimension par rapport aux autres.



résultat témoigne du fait que les perceptions du personnel convergent (coefficient de variation faible) et confirment (du fait du score élevé des réponses positives) l'effectivité d'une culture de sécurité orientée vers un système d'encouragement à déclarer les EI. Un système qui fonctionne effectivement et qui est perçu comme utile par les membres de l'organisation. De plus, le taux de participation élevé est la preuve de la large diffusion des éléments de cette culture de déclaration auprès de l'ensemble du personnel.

Les résultats démontrent également que, bien que n'étant pas encore totalement maîtrisée, la sous-culture non punitive soutient bien la culture de déclaration. Le score de 69% de réponses positives est inférieur au 75% requis pour que la dimension soit maîtrisée mais cette dimension est classée au second rang après la culture de déclaration. De plus, un item de cette dimension se distingue clairement. On observe en effet que plus de 80% des répondants sont convaincus que les analyses d'incident ne mettent pas l'accent sur la recherche de coupable. De même, nous observons plus de 70% de réponses approuvent l'existence d'une politique institutionnelle de non punition. Cependant, contrairement à ce qui nous a été dit, les répondants ne sont pas tout à fait convaincus de la séparation entre le CREx et la hiérarchie, ce qui a fortement défavorisé le score de la sous-culture non punitive. Toutefois, le taux de participation élevé (95%) pour cette dimension témoigne du fait que les travailleurs sont familiarisés à ces notions.

Les résultats montrent également que la dimension la moins maîtrisée au SRT est la culture juste de rétribution. Le score de 23% est le taux de réponse positive le moins élevé. Le coefficient de variation de 0,40 est le plus élevé et le taux de prise de position de 47% est le plus faible d'entre toutes les sous-cultures. Ces résultats démontrent que, contrairement à ce que tente de souligner le chef de ce service, la culture juste de rétribution y est étrangère. Le faible taux de réponse positive en est une preuve. De plus, le faible taux de prise de position témoigne du fait que ces notions ne sont pas connues des travailleurs du service. En outre, le coefficient de variation élevé démontre que les avis sont surtout influencés par des facteurs spécifiques aux personnes plutôt que par une réalité organisationnelle. Ces scores sont surtout la preuve que le développement de la culture de sécurité au SRT n'intègre pas la gestion du compromis entre blâme raisonnable et déraisonnable. Mais, un item se distingue dans cette dimension, celui qui porte sur la différence entre erreur et violation. Bien que n'étant pas familiarisés avec les sanctions, les travailleurs du service sont en majorité d'accord qu'ils connaissent la différence entre une erreur et une violation.

Enfin, les résultats montrent que, malgré les efforts entrepris pour accorder de la légitimité aux procédures, la sous-culture juste substantielle est à améliorer. Le taux de participation élevée est la preuve que la grande majorité des travailleurs est familiarisée à la notion de procédure. De plus, environ 60% des répondants reconnaissent que les procédures sont disponibles et claires d'une part et d'autre part qu'elles sont pertinentes et efficaces dans la prévention des accidents. Cependant, ces résultats sont entachés par le fait que, tout d'abord, à peine 47% des répondants sont en désaccord avec l'idée selon laquelle Les procédures servent surtout à éviter les litiges et les problèmes juridiques suite à un accident. De plus de 61% de répondants approuvent le fait que l'urgence et la pression du temps nuisent au respect des procédures.

Tableau 1 : Les sous-cultures telles que perçues par le personnel du SRT

		% de réponses positives	% de réponses négatives	Coef de variation	Taux de participation
Culture de déclaration	J'ai connaissance de l'existence d'un organisme qui recueille les déclarations d'incidents, les analyse et les diffuse à l'ensemble du personnel.	95%	2%	0,13	95%
	Les incidents déclarés sont effectivement analysés et des actions correctives sont régulièrement implémentées.	69%	16%	0,32	97%
	Les rapports d'analyse, et les solutions proposées sont communiqués à l'ensemble du personnel.	75%	14%	0,26	97%
	Je trouve personnellement que cet organisme qui collecte et analyse les incidents est utile à la gestion des risques.	77%	6%	0,22	95%
	<b>Scores</b>	79%		0,23 25	96%
Culture non punitive	L'organisme qui recueille et analyse les incidents est indépendant de la hiérarchie.	59%	23%	0,37	92%
	Le traitement des incidents se fait dans le respect de la confidentialité des déclarants.	67%	13%	0,27	94%
	Les analyses d'incidents mettent l'accent sur la recherche de coupable.	8%	81%	0,54	97%
	Je sais que je ne risque aucune sanction quand je déclare un événement indésirable	70%	8%	0,25	95%
	<b>Scores</b>	69%		0,35 75	95%
Culture juste de rétribution	Je connais la différence établie au sein du service entre une erreur et une violation.	64%	17%	0,32	89%
	Les violations des procédures ou des règles de sécurité sont sanctionnées dans le service.	6%	34%	0,42	48%
	Les sanctions relatives à la sécurité sont justes et méritées.	13%	9%	0,43	28%
	Mêmes les violations des règles de sécurité dont la nécessité pour le service peut être démontrée sont sanctionnées.	5%	9%	0,44	23%
	<b>Scores</b>	23%		0,40 25	47%
Culture juste substantielle	Les procédures sont disponibles et claires.	61%	13%	0,26	98%
	Les procédures sont pertinentes et efficaces dans la prévention des accidents.	59%	9%	0,26	94%
	Les procédures servent surtout à éviter les litiges et les problèmes juridiques suite à un accident.	25%	47%	0,43	92%
	L'urgence et la pression du temps nuisent au respect des procédures de sécurité.	61%	25%	0,37	98%
	<b>Scores</b>	48%		0,33	96%

## V. DISCUSSION

À l'analyse des différentes sous-cultures, nous constatons que la sous-culture de déclaration est effective et est soutenue par une culture non punitive grâce à laquelle tout écart de comportement, n'est pas jugé négativement mais, est considéré comme une opportunité d'apprentissage et d'amélioration du système. Ainsi, le SRT s'est inscrit dans une approche systémique en fondant l'amélioration de la sécurité des patients sur le renforcement des défenses du système plutôt que sur l'attribution des responsabilités. À la différence d'une culture normative où toute erreur humaine est considérée comme un crime, les travailleurs perçoivent que les analyses d'incidents ne mettent pas l'accent sur la recherche de coupable. Ils peuvent donc parler de leurs erreurs sans crainte de représailles. La culture non punitive permet au SRT de se mettre à l'abri de ce que Reiman & Rollenghen (2011) appellent le « biais d'attribution » qui, peut conduire à une approche où les gens sont traités comme des acteurs isolés et indépendants qui prennent des (mauvaises) décisions dans un vide social (Reiman & Rollenghen, 2011).

Par ailleurs, dans le SRT, les croyances fondamentales font que les catégories de comportement « négligence » et « conduite imprudente » ne sont pas du tout utilisées pour décrire un comportement blâmable. Les travailleurs y sont présentés comme conscients et professionnels. Toutefois, ce qui y est pris en compte et pourrait justifier une réprobation juste de la part de la direction, c'est l'étiquette : non-respect intentionnelle des règles ou des procédures. L'analyse des sous-cultures perçues par l'ensemble du personnel montre cependant que, contrairement à ce qui ressort des entretiens, la culture juste de rétribution est absente. Beaucoup de travailleurs connaissent la différence entre une erreur et une violation mais sont très peu familiarisés avec la notion de sanction. Le développement de la culture de sécurité du SRT étudié n'a pas intégré des mécanismes de gestion du compromis entre blâme raisonnable et déraisonnable, ceci probablement en raison de l'orientation systémique privilégiée qui fait que, pour le personnel, c'est le système « qui a toujours tort ».

L'analyse de la justice substantielle qui, selon Dekker & Breakey (2016), prescrit la manière dont les règlements, les règles et les procédures elles-mêmes sont justes et légitimes, nous a permis de comprendre que le SRT tente d'en établir une en s'assurant de la légitimité de ses initiatives en matière de sécurité. Par exemple, les procédures sont développées de manière bottom-up. Mais, malgré ces efforts, l'analyse des données collectées auprès de l'ensemble du personnel montre que la sous-culture juste substantielle n'est pas encore maîtrisée au SRT. La grande majorité des travailleurs est familiarisée à la notion de procédure et reconnaît qu'elles sont disponibles et claires d'une part et d'autre part qu'elles sont pertinentes et efficaces dans la prévention des accidents. Cependant, la légitimité des procédures est mise à mal puisque beaucoup de travailleurs perçoivent que ces procédures servent surtout à éviter les litiges et les problèmes juridiques suite à un accident et, dans la pratique, leur respect est défavorisé par l'urgence et la pression du temps.

## VI. CONCLUSION

Cette étude évalue les sous-cultures qui interagissent pour former la culture de sécurité dans un SRT. L'analyse des entretiens réalisés avec les membres de l'équipe qualité et des questionnaires administrés auprès de l'ensemble du personnel permet de voir émerger trois sous-cultures : la culture de déclaration, la culture non punitive et la culture juste mais, à des degrés différents. L'étude montre que, malgré les appels récents en faveur de l'adoption de programmes de culture juste dans le secteur de la santé, le développement de la culture de sécurité dans ce service s'appuie principalement sur l'interaction entre culture non punitive et culture de déclaration. La culture de déclaration est la dimension la mieux maîtrisée et s'appuie

principalement sur une culture non punitive pour favoriser l'implication du personnel. Nous en déduisons que, la gestion de la sécurité dans le SRT étudié s'inscrit principalement dans une logique systémique. Celle dans laquelle l'erreur humaine est considérée comme une conséquence inévitable du système.

Par ailleurs, bien que la direction de ce service médical « brandisse » la possibilité de sanctionner certaines situations de non-respect des procédures, les travailleurs n'ont aucune crainte de sanction et ne sont même pas familiarisés à cette expression dans leur milieu de travail. Plutôt que de façonner une culture juste de rétribution pour juger du degré du caractère intentionnel et de négligence dans la survenue d'EI, le service a choisi de privilégier l'apprentissage à partir des erreurs. Toutefois, malgré l'absence de justice de rétribution, le service est engagé sur la voie d'une sous culture juste substantielle. En confiant le développement des procédures aux opérationnels, il tente en effet de rendre les procédures légitimes et justes pour ses travailleurs. Mais, l'atteinte de cet objectif est compromise par l'urgence et la pression du temps qui rendent difficile le respect des procédures.

En définitive, les résultats démontrent que le service étudié a fait un choix en privilégiant la culture non punitive au détriment de la culture juste de rétribution. Dès lors, on est en droit de s'interroger sur l'efficacité d'une telle mesure. Notre étude ouvre ainsi la voie à d'autres études sur l'analyse de l'impact, sur les résultats de sécurité, des types de sous-cultures privilégiées par un service médical. En s'inspirant des études sur le climat de sécurité (par exemple Neal & Griffin, 2006), il serait pertinent de voir dans quelle mesure les différentes perceptions individuelles des sous-cultures par le personnel influencent l'adoption de comportements propices à la sécurité.

## BIBLIOGRAPHIE

- Amalberti, R., Auroy, Y., Berwick, D., & Barach, P. (2005). Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care. *Annals of Internal Medicine*, 142 (9), 756-764.
- Cooper, M. D. (2000). Toward a model of Safety Culture. *Safety Science*, 36, 111–136.
- DeJoy, D.M., Schaffer B.S., Wilson M.G., Vandenberg R.J. & Butts M.M. (2004). Creating safer workplaces: Assessing the determinants and role of safety climate. *Journal of Safety Research*, 35, 81–90.
- Dekker, S.W.A. (2005). *Ten questions about human error: A new view of human factors and system safety*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Dekker, S.W.A. (2012). *Just Culture: Balancing Safety and Accountability*, Second Ed. Farnham, UK: Ashgate Publishing Co.
- Dekker, S.W.A. & Breakey H. (2016). 'Just culture:' Improving safety by achieving substantive, procedural and restorative justice. *Safety Science*, 85, 187–193.
- Guldenmund, F. (2000). The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*, 34, 215–257.
- Institute of Medicine (IOM). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. L. T. Kohn, J. M. C orrigan, & M. S. Donaldson (Eds.). Washington, DC: National Academy Press.
- Lee, T., & Harrison, K. (2000). Assessing safety culture in nuclear power stations. *Safety Science*, 34, 61–97.

- Levitt, P. (2014). When Medical Errors Kill: American Hospitals have Embraced a Systems Solution that Doesn't Solve the Problem. *LA Times*, 10.
- Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). « Medical error—the third leading cause of death in the US », *BMJ*, 353: i2139. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- Marx, D. (2001). *Patient Safety and the “just culture”: a Primer for Health Care Executives*. New York: Columbia University.
- Mazeron, R., Aguiñi, N. & Deutsch, É. (2013). « Analyse des risques en radiothérapie: état des lieux », *Cancer/radiothérapie*, 17, 308-316.
- Neal, A. & Griffin, M. A. (2006). « A study of the lagged relationships among safety climate, safety motivation, safety behavior, and accidents at the individual and group levels ». *Journal of Applied Psychology*, 91, 946–953.
- Reason, J. (1995). Understanding adverse events: human factors. *Quality in Health Care*, 4, 80-89
- Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organisational Accidents*. Aldershot, UK: Ashgate Publishing Limited.
- Reason, J. (1998). Achieving a safe culture: theory and practice. *Work and Stress*, 12, 293–306.
- Reiman, T., & Rollenhagen, C. (2011). Human and organizational biases affecting the management of safety. *Reliability Engineering and System Safety*, 96, 1263–1274.
- Shojania, K.G., Dixon-Woods, M. (2013). ‘Bad apples’: time to redefine as a type of systems problem? *BMJ Quality and Safety*, 22 (7), 528–531.
- Sorra, J. & Nieva, V. (2003). *Psychometric analysis of the Hospital Survey on Patient Safety*. Rockville, MD: Westat, under contract to BearingPoint. Contract No. 290-96-0004. Sponsored by the Agency for Healthcare Research and Quality.
- Woynar, S., Debouck, F., Cellier, P., Bourhis, J., Cauterman, M., & Lartigau, E. (2007). Vers une « politique sécurité » en oncologie-radiothérapie. La mise en œuvre du retour d’expérience. *Cancer Radiothérapie*, 11 (6-7), 320–328.
- Young, M.S., Shorrock, S.T., Faulkner, J.P.E., & Braithwaite, G.R. (2004). Who moved my (Swiss) cheese? The (r)evolution of human factors in transport safety investigation. *Paper presented at the International Society of Air Safety Investigators*. Gold Coast, QLD, Australia.