

Publication

Sécurité des patients Suisse

N° 8

Speak up

Quand le silence devient dangereux

Speak Up pour plus de sécurité
dans les soins aux patients

Dr Katrin Gehring
Prof. Dr David Schwappach
(Ed.)



sécurité des patients suisse

REMERCIEMENTS

En participant à la discussion, et grâce à leurs commentaires, de nombreux experts, hommes et femmes, ont apporté une contribution précieuse à cette publication. Nous tenons à remercier particulièrement le Dr Francis Ulmer, Christian Schnyder et Nicole Schumacher.

De plus, notre gratitude s'adresse à tout le personnel soignant et aux médecins qui ont pris part au sondage ou aux interviews dans le cadre de cette étude, et dont les résultats sont rapportés au chapitre 2. Cette étude a posé les bases qui ont permis de développer la présente publication. Nos remerciements spécifiques s'adressent aux médecins-chefes/médecins-chefs et aux directions de soins infirmiers des services d'oncologie associés pour leur disposition à soutenir cette étude.

Un grand merci aussi aux financeurs: l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a rendu possible la production et la publication de ce travail. L'étude présentée au chapitre 2 a été financée dans une large mesure par la Promotion de la recherche de la Fondation Recherche suisse contre le cancer, sous le numéro KFS-2974-08-2012.

LA FONDATION SÉCURITÉ DES PATIENTS SUISSE

Ne pas administrer le bon médicament, oublier une compresse dans la plaie opératoire ou échanger des patients: personne n'est infallible dans son travail. Pourtant, aucune erreur ne doit se produire quand notre santé est en jeu. C'est là que la fondation Sécurité des patients Suisse entre en jeu. Soutenu par un vaste réseau d'experts et d'organisations, ce centre de compétence national intervient en faveur de la sécurité des patients.

La Fondation est le partenaire important dans tous les secteurs du système de santé en matière de réduction des erreurs évitables dans les soins de santé. Que ce soit pour les pharmacies, les établissements ambulatoires et stationnaires, ou les foyers pour personnes âgées et homes médicalisés, l'objectif reste le même: rendre plus sûrs la consultation médicale, le traitement et le suivi. L'organisation à but non lucratif assume le rôle de groupe de réflexion national et aborde des thèmes d'avenir qui doivent aider, dès aujourd'hui, à éviter les erreurs de demain.

La fondation Sécurité des patients Suisse est le centre de compétence national dédié au développement et à la promotion de la sécurité des patients. Au sein des réseaux et en coopération avec les prestataires, la fondation développe des projets modèles qu'elle met en œuvre par la suite dans des programmes nationaux, comme le programme progress! La sécurité en chirurgie. La fondation concentre ses activités autour de quatre domaines: recherche et développement, projets et programmes, formation continue, pré- et postgraduée, conseil et expertise. Les nouvelles découvertes scientifiques sont ainsi abordées, les leçons tirées des erreurs, et la culture de la sécurité encouragée dans le secteur de la santé.

PRÉFACE DU PROF. DR DIETER CONEN

Du point de vue de l'histoire de la médecine, la transition entre les XX^e et XXI^e siècles s'est notamment caractérisée par un changement de conception, à savoir que les dommages subis par les patients seraient des composantes inévitables des prestations médicales, souvent imputables à une formation insuffisante du personnel ou à des soignants peu zélés¹. Qu'est-ce que cela signifie et de quoi parlons-nous vraiment, lorsque l'on évoque la sécurité des patients au niveau des services de santé? S'agit-il véritablement d'un problème de santé publique moderne?

La nécessité d'agir de façon urgente n'est remise en cause ni par les politiques ni par les assureurs et certainement pas par les prestataires de soins. Preuve en sont par exemple les divers projets lancés par l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre de la stratégie de qualité de la Confédération, tels que «La sécurité en chirurgie» et «La sécurité de la médication aux interfaces». Il en va de même du récent programme qui se fixe pour objectif de réduire le nombre des complications liées à l'utilisation des sondes vésicales.

«TRYING HARDER WILL NOT WORK»²

La plupart des personnes concernées ont bien conscience que l'amélioration de la sécurité des patients ne peut pas être obtenue en travaillant plus, en pratiquant plus d'activités ou en faisant de l'activisme. Qualité et sécurité sont des spécificités du système, qui ne peuvent pas être améliorées à long terme sans un changement cohérent du système lui-même.

En comparaison avec les premiers pas du «mouvement pour la sécurité des patients», il y a près de 14 ans, nous disposons certainement aujourd'hui d'une vision différente des causes de la mauvaise qualité et des lacunes en termes de sécurité des patients. L'analyse approfondie de la chaîne des processus qui se sont conclus par un préjudice (comme c'est le cas depuis longtemps pour d'autres branches «à fort potentiel de risque»), et la considération d'une défaillance systémique plutôt que la responsabilité des individus ont contribué de manière significative à la levée du tabou lié à la reconnaissance d'un dommage causé par un acte médical.

Une mauvaise communication au sein de l'équipe, avec d'autres services et groupes professionnels, un travail d'équipe qui ne l'est pas, des interruptions, des distractions et le manque de formation en équipe sont non seulement identifiés comme des sources d'erreurs potentielles, mais aussi reconnus en tant que causes de fautes systémiques accompagnées d'un risque accru de dommages en résultant.

S'il est indéniable que la sécurité des patients est une question systémique relative à la santé publique, on en conclut que le système «santé publique» doit être organisé de telle sorte que ceux qui sont chargés de cette sécurité comprennent aussi le devoir dont ils sont investis: offrir aux patients un acte médical sûr et non une médecine génératrice de dommages évitables. Les acteurs du secteur médical se doivent de rester conscients que des erreurs peuvent survenir et qu'ils ont la tâche d'y faire face, c'est-à-dire de mettre en œuvre des dispositions préventives afin qu'un incident n'ait pas de conséquences dommageables ou, pour le moins, que ses effets soient atténués.

Conscients que les problèmes de communication jouent un rôle central au niveau de l'analyse des causes d'erreurs médicales avec dommage consécutif au patient, les auteurs de cette publication de la fondation Sécurité des patients Suisse ont choisi de traiter un sujet essentiel à la collaboration pluridisciplinaire et interprofessionnelle, à savoir la communication au sein de l'équipe. Comment dois-je me comporter face à mon équipe lorsque je suis témoin d'une erreur? Comment faire part de mon observation? N'est-il pas parfois plus judicieux ou opportun de se taire? Serait-il favorable à ma carrière personnelle d'attirer l'attention de mes supérieurs sur un danger potentiel pour le patient, en raison de la marche à suivre prévue pour l'acte médical? Ces questions, et bien d'autres, les collaboratrices et les collaborateurs qui ont vécu des expériences diverses en formulant de telles observations, peuvent se les poser.

Les auteurs s'attachent à montrer de manière marquante où se situe le potentiel d'amélioration en matière de sécurité des patients, dans une culture qui rend taboue l'expression de telles observations («Speak Up»), quelles qu'en soient les raisons. Ils formulent également des recommandations quant aux mesures à prendre pour que cette facette d'une «culture de la sécurité» puisse être praticable. Sur la base d'exemples simples du quotidien, ils mettent en lumière que la communication au sein de l'équipe, celle avec les supérieurs ou avec des confrères n'est pas une compétence acquise a priori, mais qui doit être formée et entraînée au même titre que la chirurgie, la réanimation ou toute activité similaire au cœur du travail des professionnels de la santé.

Je félicite chaleureusement les auteurs de cette publication réussie et éducative; quant aux lecteurs, je leur souhaite de pouvoir en retirer de nombreux conseils pour la pratique quotidienne de leur profession.

Zurich, novembre 2015

Prof. Dr méd. Dieter Conen
Président de la fondation Sécurité des patients Suisse

¹ Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Hrsg.) *To Err Is Human. Building a safer health system.* Washington, DC: Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America; 1999.

² Committee on Quality of Health Care in America; Institute of Medicine *Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century.* Washington DC: National Academy Press; 2001.

PRÉFACE DU DR MICHAEL ST. PIERRE

En 1999, le rapport «To Err is Human» (l'erreur est humaine) de l'IOM (Institute of medicine) a introduit un nouveau concept dans le vocabulaire de la sécurité des patients, celui de «déférence face à l'autorité» en tant que facteur de risque. Il soulignait avec insistance qu'une modalité trop rigoureuse de celui-ci peut affecter de manière significative la libre circulation de l'information relative à la sécurité et qu'en conséquence, le personnel soignant comme les médecins éprouvent des réticences à exprimer leurs doutes ou inquiétudes («Speaking Up»). La difficulté de la libre circulation de l'information n'est pas une réelle surprise pour les professionnels de la santé de langue allemande puisque tous sont familiers de la hiérarchisation très marquée en raison de leur propre expérience: les systèmes de santé en Suisse, en Autriche et en Allemagne disposent d'une organisation très structurée dans leur pratique exécutive, de sorte que la possibilité de dialoguer ouvertement dans le cadre d'un hôpital ou d'une clinique est souvent entravée – voire rendue impossible – par des structures hiérarchiques rigides. Il n'est pas rare que l'importance accordée à un avis ou à une mise en garde dépende d'un groupe professionnel, de la profession ou de la position occupée sur l'échelle hiérarchique de l'hôpital, et non de la cohérence logique de l'argument avancé. Dans les cas extrêmes, cela génère une ambiance de travail au sein de laquelle la compétence et le droit de formuler des doutes quant à la sécurité ou des remarques relatives aux risques sont déniés à des groupes professionnels entiers (p.ex. le service des soins infirmiers) ou à certains niveaux hiérarchiques (comme les médecins assistants).

Pour de nombreux membres du personnel soignant, en cas de dilemme d'ordre éthique il peut déjà être compliqué de remettre en question la procédure proposée par un supérieur hiérarchique ou de résoudre un conflit relatif à une mesure opérationnelle survenant pendant une intervention, sans contrainte de temps. La problématique peut encore s'aggraver pour la personne concernée si elle se trouve dans une situation en évolution dynamique ne lui laissant que peu de temps pour exprimer ses doutes quant à la sécurité des mesures planifiées. Pour les disciplines médicales aiguës, comme les services des urgences, des soins intensifs ou d'anesthésiologie, la pertinence d'une absence de «Speaking Up» (parler ouvertement) réside dans le fait que l'ultime occasion d'éviter un danger imminent pour le patient peut être manquée dans un laps de temps très court.

En hôpital et en clinique, favoriser une culture au sein de laquelle les employés se sentiraient habilités à exprimer leurs observations et préoccupations, et dans laquelle leurs supérieurs hiérarchiques seraient sensibilisés à écouter des objections relatives à la sécurité en tant que telles et à en tenir compte dans leur jugement, permettrait donc également de profiter d'un filet de sécurité efficace dans des situations d'urgence. Ainsi, une exploration des raisons qui empêchent le «Speak Up» et les stratégies

susceptibles de le promouvoir et de l'asseoir au niveau culturel représentent un intérêt pratique, dont l'importance ne saurait être sous-estimée.

Le grand mérite des éditeurs de la présente publication «Quand le silence devient dangereux» de la série des publications de la fondation Sécurité des patients Suisse est d'avoir dédié, pour la première fois dans les régions de langue allemande, un ouvrage exhaustif à ce sujet. Appuyés par un certain nombre de publications scientifiques, ils ont contribué à apporter de nouvelles connaissances à ce propos et sont donc particulièrement à même de donner au lecteur une vue d'ensemble concrète, solide et argumentée. Les coauteurs, respectivement spécialistes en psychologie et dans le domaine de l'aviation, ont permis de favoriser la plurivalence et l'orientation pratique du débat en apportant des idées et des impulsions essentielles, issues de leur propre perspective.

En conduisant le lecteur à se sentir interpellé et sans cesse invité à prendre concrètement position, les auteurs de la présente publication marquent des points. Ainsi, l'expérience de lecture va tout de suite beaucoup plus loin qu'une ingestion passive: on ne cesse de chercher à faire correspondre les suggestions avec sa propre expérience, de les évaluer et d'envisager comment modifier son comportement.

Aux auteurs et aux éditeurs, je souhaite que cette publication soit diffusée rapidement et lue par le plus grand nombre de ceux pour qui le renforcement de la sécurité des patients est une affaire personnelle. Elle offre suffisamment d'encouragements pour atteindre cet objectif. Au-delà de ces considérations, il me reste à souhaiter que le débat sur les obstacles à la communication inhérente à la sécurité (énoncé d'une observation relative à la sécurité, formulation des craintes personnelles, demande en cas de doute, etc.) soit relancé dans les régions de langue allemande. Il est très clair pour moi que ces efforts en sont encore à leurs balbutiements, comme le démontre le titre: «Speak Up» est un terme anglais pour lequel nous ne disposons pas (encore) d'une contrepartie française satisfaisante.

Erlangen, novembre 2015

**Dr méd. Michael St. Pierre, D.E.A.A.
Clinique d'anesthésiologie, Erlangen**

MENTIONS LÉGALES

Cet ouvrage fait partie de la vaste série de documents publiés par Sécurité des patients Suisse traitant des divers aspects de la sécurité des patients et la gestion des risques cliniques. Informations et commandes: www.securitedespatients.ch

Editeur: Fondation Sécurité des patients Suisse, Zurich
Graphisme: schroeder.partners ag, Zurich
Imprimer: Druckfabrik, Zurich
Relisez: Neidhart+Schön AG, Zurich

Janvier 2016
© Fondation Sécurité des patients Suisse, Zurich

Fondation pour la Sécurité des Patients
Asylstrasse 77, CH-8032 Zurich
Tél. +(0)43 244 14 80
Fax +(0)43 244 14 81
www.securitedespatients.ch
info@securitedespatients.ch

Siège
c/o Académie suisse des sciences médicales (ASSM), Bâle

Les auteures et auteurs

Dr Katrin Gehring, collaboratrice scientifique de la fondation Sécurité des patients Suisse.

Dr méd. Bastian Grande, chef de clinique de l'Institut d'anesthésiologie et codirecteur médical du Centre de simulation à l'Hôpital universitaire de Zurich; médecin urgentiste au sein du Centre d'intervention «protection et secours» de Zurich.

PD Dr Michaela Kolbe, directrice du Centre de simulation de l'Hôpital universitaire de Zurich. Privat-docent à l'EPFZ.

Prof. Dr David Schwappach, MPH, directeur recherche et développement et directeur adjoint de la fondation Sécurité des patients Suisse. Professeur à l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne.

TABLE DES MATIÈRES

Définition des termes, objectifs et contexte de Speak Up dans les établissements de santé: un premier classement (Katrin Gehring, David Schwappach)	8
Qu'est-ce qui attend les lectrices et les lecteurs? (Katrin Gehring)	11
1^{RE} PARTIE: CONNAISSANCES, CONTEXTES, EXPÉRIENCES	12
1 «J'en parle, ou vaudrait-il mieux que je me taise?»: notre dilemme Speak Up au quotidien (Michaela Kolbe, Bastian Grande)	13
1.1 Que signifie exactement Speak Up: est-ce le contraire de «se taire»?	13
1.2 Pourquoi Speak Up est-il tellement difficile?	14
1.3 Qu'est-ce qui facilite Speak Up?	16
1.4 Pourquoi pratiquer Speak Up?	19
2 Analyse de Speak Up au niveau de l'oncologie (David Schwappach)	20
2.1 L'oncologie en tant que «domaine à haut risque»	20
2.2 Procédure méthodique	20
2.3 Résultats	21
2.4 Conclusion	27
3 Speak Up en cas de préoccupations relatives à la sécurité – comment sont-elles gérées en aviation militaire? (Katrin Gehring)	28
2^E PARTIE: SPEAK UP, MAIS COMMENT?	30
4 Avant de continuer votre lecture ... (Katrin Gehring)	32
4.1 Parler plus souvent de ses doutes ou de ses préoccupations sécuritaires à ses collègues... Etes-vous plutôt dubitatif?	32
4.2 Comment estimez-vous votre propre comportement Speak Up et celui au sein de votre équipe ou de votre service?	33
5 Créer une bonne base (Katrin Gehring)	34
5.1 Approche globale au sein de l'établissement: Speak Up est important et souhaité	34
5.2 Une présentation commune de Speak Up dans l'équipe	35
5.3 Encourager, appuyer et soutenir	36
5.4 Modèles	37
5.5 Motiver et favoriser	38
6 Quand ça compte vraiment: Speak Up dans une situation concrète (Katrin Gehring)	39
6.1 Faire preuve de ténacité, se faire l'avocat des patients et poser des questions: stratégies de communication du Crew Resource Management	40
6.2 Parler sur rendez-vous: mots codes et «Concern Statements»	42
6.3 Quand il faut faire vite	43
6.4 Gestes	43
6.5 Soutien de la part des dirigeants	43
7 Parler, même après coup (Katrin Gehring)	44
7.1 Un petit dialogue: donner son sentiment personnel	44
7.2 «Huddles»: discuter ensemble de ses préoccupations sécuritaires brièvement et de façon informelle	45
8 Vous pourriez commencer dès demain (Katrin Gehring)	47
Mémento de poche Speak Up (Katrin Gehring, David Schwappach)	48
Références littéraires	50

DÉFINITION DES TERMES, OBJECTIFS ET CONTEXTE DE SPEAK UP DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ: UN PREMIER CLASSEMENT

SPEAK UP POUR UNE PLUS GRANDE SÉCURITÉ DES PATIENTS – QU'ENTENDONS-NOUS EXACTEMENT PAR-LÀ?

Au sens le plus large, Speaking Up signifie parler des problèmes ou de ses préoccupations, soumettre des suggestions, apporter des idées et exprimer des opinions dans l'objectif de changer les choses et d'améliorer le travail d'un groupe ou d'une organisation (1–3).

Rapporté aux domaines des soins et à la sécurité des patients, Speaking Up prend le sens suivant: **réagir et s'adresser à ses collègues ou à ses supérieurs si la sécurité des patients est compromise ou semble l'être, afin d'écartier les risques encourus par les patients.**

Donc, si des doutes ou des inquiétudes se manifestent quant à la mise en danger de la sécurité des patients dans une situation précise, Speak Up doit être compris dans le sens de prendre la parole pour nous rendre mutuellement conscients du danger potentiel. Ces doutes ou inquiétudes peuvent notamment survenir si une mesure sanitaire n'a pas été appliquée correctement, si un contrôle a été bâclé ou oublié, si une décision risquée a été prise ou si des informations inexacts ou ambiguës sont répertoriées.

Lors d'une interview, une infirmière décrit la situation suivante: «C'est lorsque des médecins qui se rendent auprès d'un patient ne se désinfectent pas les mains, ne portent pas de gants mais touchent le patient ou palpent une plaie.»

Speak Up peut également se référer à des procédés ou à des procédures précaires déjà établis dans le quotidien, en dépit du risque potentiel ou de l'écart qu'ils présentent par rapport aux exigences. Cela comprend donc des «work-arounds», autrement dit, des solutions de rechange lorsque, par exemple, au nom de l'allègement du travail, des mesures de sécurité sont évincées ou «contournées» de façon systématique.

Comme le démontrent ces situations, Speak Up apporte une contribution active à une plus grande sécurité des patients au sens «d'éviter et de prévenir les résultats indésirables ou les préjudices consécutifs à la prise en charge thérapeutique et d'en atténuer les conséquences lorsqu'ils se produisent» (4).

Speak Up est une forme de communication entre collègues, voire même entre les groupes professionnels ou les niveaux hiérarchiques, qui trouve son expression dans ces pratiques ou des cas similaires:

- formuler ses doutes relatifs à la sécurité;
- interpeller ses collègues en raison de leur attitude à risque ou de problèmes relatifs à la sécurité;

- exprimer ses inquiétudes ou ses doutes si l'on estime que la sécurité d'un patient est mise en danger;
- poser des questions;
- clarifier les ambiguïtés;
- faire remarquer à ses collègues un déroulement incorrect;
- apporter des idées ou des suggestions pour réduire un risque sécuritaire potentiel;
- utiliser des gestes pour désigner un acte risqué ou une situation remettant en cause la sécurité.

Il ne faut pas confondre Speak Up avec le signalement d'une infraction ou la saisie de messages en CIRS, ni même avec une plainte ou une dénonciation. L'objectif de Speak Up est d'assurer la sécurité des patients dans une situation donnée. En revanche, le signalement d'une infraction déclenche un processus (juridique) formel, les messages saisis en CIRS donnent accès à des informations sur les événements critiques (souvent anonymes) relevés dans une organisation. Une plainte exprime une insatisfaction, et une dénonciation est étroitement liée à la critique publique et à l'objectif d'enrayer un état de fait négatif (3;5). Speak Up garde toujours comme fondement l'identification d'un risque ou d'un acte peu sûr. Si les dangers ne sont pas perçus, aucune inquiétude n'est possible et donc, aucune communication ne se fera à ce sujet. A ce titre, il ne s'agit pas d'un silence intentionnel ou d'un manque de Speak Up.

Des doutes ou des inquiétudes concernant la sécurité des patients se présentent lorsque des actes dangereux ou des problèmes évidents de sécurité sont détectés ou si des erreurs se produisent. Une erreur peut se définir ainsi: c'est un acte, ou une omission, duquel résulte une divergence par rapport au plan prévu (erreur d'exécution) ou bien un acte ou une omission en présence d'un plan incorrect ou d'une absence de plan (erreur de planification) (6;7). Certaines erreurs engendrent des dommages pour les patients incriminés, mais pas toutes. Et les erreurs peuvent se produire à plusieurs niveaux. La distinction se fait notamment entre les erreurs dues à un manque de concentration ou à un défaut de mémoire et celles qui sont inhérentes aux règles ou aux connaissances (8).

Les événements dits «indésirables» (adverse events) sont en étroite corrélation avec le concept d'erreur. Ils se produisent lorsqu'un patient subit un préjudice à cause d'un traitement médical, et non en raison de sa maladie ou de sa constitution. Une erreur peut mais ne doit pas être à l'origine d'un événement indésirable (7).

«PARLER, OU PLUTÔT SE TAIRE?» EN D'AUTRES TERMES: POURQUOI SPEAK UP EST SI IMPORTANT!

Comme le montrent les résultats de notre étude, lorsqu'un médecin ou un membre du personnel soignant identifie un risque mettant en danger la sécurité du patient, ou en présence d'un doute quant au déroulement correct, les questions suivantes (ou d'autres, analogues) se posent (9):

«Quelle est l'importance du risque pour le patient?»

«Comment le formuler au mieux?»

«Comment mon interlocuteur va-t-il réagir?»

«Est-il vraiment souhaité de s'exprimer dans cette situation?»

Les estimations respectives sont confrontées et, finalement, elles aboutissent à la question suivante: «**Devrais-je dire quelque chose à ce sujet, ou non?**» Bien que de nombreuses raisons tout à fait légitimes justifient la préférence de garder le silence dans certaines situations, il n'existe qu'une seule réponse générale à cette question: oui, il faut parler à ses collègues lorsqu'il est question de sécurité, pour la simple et bonne raison que formuler des doutes ou des interrogations permet de protéger les patients. Speak Up évite également que les collègues impliqués ne commettent une erreur potentiellement grave. De plus, Speak Up crée des opportunités visant à un apprentissage mutuel et à la résolution de problèmes. Speak Up est une mesure sécuritaire applicable par tous, qui profite aux patients concernés, à tous les membres du personnel comme à l'organisation en tant que telle; elle ne nécessite pas de ressources financières supplémentaires. Pour cette raison, autant la mettre en pratique une fois de trop que pas suffisamment.

Malgré le potentiel que Speak Up offre pour une meilleure sécurité des patients, il n'est pas toujours évident d'y faire appel dans le quotidien des soins de santé. Ainsi, la ressource Speak Up est encore loin d'être épuisée. C'est ce que démontrent les résultats des études suivantes, réalisées aux États-Unis, représentative de diverses autres études (voir les chap. 1 et 2):

- Plus de la moitié des personnes interrogées (médecins, membres du personnel soignant) ont été occasionnellement témoins de fautes, d'infractions au règlement ou de comportements que l'on peut qualifier d'incompétents, ayant conduit au développement de préoccupations d'ordre sécuritaire. Pour autant, une seule personne sur dix a discuté de ses doutes de manière suffisante avec le collègue incriminé (10).
- L'enquête auprès du personnel infirmier travaillant en salle d'opération a démontré qu'à peine un tiers des personnes interrogées ont déjà abordé un collègue pour lui exprimer leurs inquiétudes lors d'une situation mettant la sécurité en péril, comme la non-observation d'une procédure complète (11).

QUELLE EST L'IMPORTANCE DE SPEAK UP DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ FOCALISÉ SUR LA SÉCURITÉ?

Faire face à ses collègues et réagir si la sécurité des patients est compromise dans une situation donnée est l'une des nombreuses manières de contribuer à rendre un établissement de santé plus sûr. À des niveaux très différents, divers facteurs et mesures contribuent à une meilleure sécurité des patients:

- des solutions d'ordre technique (comme des bracelets d'identification des patients, des dossiers médicaux et des armoires à pharmacie électroniques, des emballages facilement identifiables, un bon éclairage);
- des processus (p. ex. des normalisations, des listes de contrôle, des règles ou des contrôles);
- une culture (telle la culture de l'erreur, la culture de la sécurité ou celle qui encourage l'apprentissage);
- un contexte institutionnel (notamment au niveau des objectifs de l'établissement, des systèmes de notification, des ressources);
- la communication et l'entraide (p. ex. les concertations, les transferts de compétences, Speak Up);
- le savoir et les compétences (telles les connaissances spécifiques, les compétences et les expériences individuelles).
- ...

Ainsi, Speak Up est l'un des nombreux éléments qui visent à assurer la sécurité au niveau des soins aux patients. Partie prenante des autres mesures de sécurité, Speak Up développe parfois aussi ses capacités en interaction avec ces dernières: il est donc plus facile d'y recourir si certaines règles ou certains standards existent, permettant de s'y référer. Un exemple: il est plus facile d'attirer l'attention d'un collègue sur le non-respect d'une mesure d'hygiène, dans la mesure où il enfreint une règle générale du niveau de sécurité obligatoire, que s'il existe déjà un doute quant à l'obligation du port d'un masque de protection dans telle ou telle situation. Inversement, si certaines normes de sécurité ne sont pas définies, cela peut conduire à ce qu'un comportement déviant ne soit pas perçu comme tel ni qu'il puisse être thématiqué.

Speak Up peut également contribuer à ce que d'autres mesures de sécurité soient mieux exécutées ou le soient dans leur intégralité, par exemple lorsque la liste de contrôle de l'OMS n'a pas été entièrement vérifiée avant une opération. Dans cette situation, Speak Up (soit, indiquer à son collègue que la liste n'a pas été complètement traitée et qu'il faut encore le faire) a comme conséquence première que la raison d'être d'une telle liste de contrôle prenne tout son sens.

De plus, Speak Up peut constituer une ultime barrière de sécurité, au cœur du problème pourrait-on dire, si d'autres mesures devaient échouer (12). Un exemple: en salle d'opération, un membre de l'équipe doute soudainement que l'implant soit le bon, et cela juste avant l'incision. Si ce doute est clairement formulé et qu'un contrôle supplémentaire en découle, Speak Up contribue, dans ce cas, à ce qu'une action potentiellement dangereuse soit stoppée et qu'un dommage possible soit évité au patient.

Il serait insensé de ne compter que sur le Speak Up des membres du personnel pour rendre «sûr» quelque établissement de santé que ce soit. Toutefois, en complément à d'autres mesures, Speak Up peut apporter une contribution décisive.

En résumé: comme dans le cas d'un engrenage complexe, de nombreuses mesures interagissent afin que les établissements de santé soient des lieux «sûrs» et que les patients soient prémunis contre des contraintes inutiles, voire contre des préjudices (illustration 1). Speak Up est l'un de ces rouages, qui peut d'ailleurs occuper une place centrale. Il constitue en soi une ressource importante pour une meilleure sécurité lorsque quelque chose ne fonctionne pas comme souhaité au niveau des soins apportés aux patients. Mais Speak Up peut également être utilisé si d'autres mesures de sécurité sont défectueuses, par exemple en ce qui concerne les processus, la technologie, etc., ou sont inefficaces. Dans tous ces cas, le fait d'exprimer ses préoccupations sécuritaires, de se rendre mutuellement attentifs aux menaces ou aux problèmes potentiels peut contribuer à empêcher une action risquée ou à l'interrompre. De cette façon, Speak Up aide:

- à protéger les patients contre d'éventuels dommages;
- à préserver ses collègues d'une erreur;
- à apprendre ensemble et à ne pas répéter les mêmes erreurs avec les futurs patients.

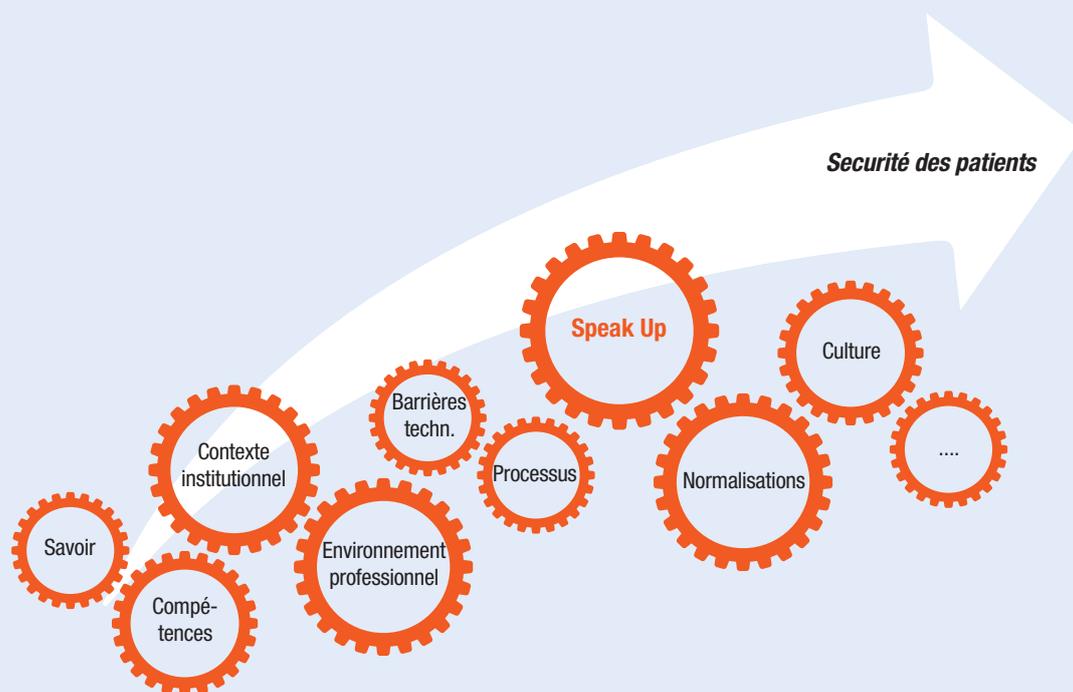


Illustration 1: Speak Up accompagné de facteurs de sécurité efficaces

QU'EST-CE QUI ATTEND LES LECTRICES ET LES LECTEURS?

Dans le cadre de la sécurité des patients, cette publication propose un débat pratique sur le thème central «Speak Up»: qu'entend-on par ce terme et que signifie-t-il? Que sait-on déjà grâce à la littérature ou aux études réalisées? Pourquoi est-il souvent aussi difficile d'émettre des réserves en matière de sécurité? Comment soutenir Speak Up à différents niveaux dans un établissement de santé? Et comment réagir concrètement: que faire lorsqu'il *faut* entreprendre quelque chose?

En traitant ces questions et bien d'autres, cette publication souhaite fournir les connaissances et les informations relatives au mode Speak Up (1^{re} partie) d'une part, et être un vecteur d'idées et une assistance afin de renforcer la «culture Speak Up» dans les établissements (2^e partie) d'autre part.

Comme le révèlent les divers exemples qui jalonnent le texte, notre attention s'est focalisée principalement sur le personnel médical et soignant des hôpitaux en tant que futurs lecteurs. Cela ne signifie pas pour autant que le contenu de ce document ne puisse pas être intéressant ou adapté pour d'autres groupes professionnels ou d'autres établissements de santé.

LE CONTENU DES CHAPITRES EN BREF

La première partie (chapitres 1 à 3) présente au lecteur une vue d'ensemble approfondie du thème:

Les appuis et obstacles à Speak Up dans le quotidien (chapitre 1)

Après avoir répondu à la question «qu'est-ce que Speak Up et qu'est-ce que le silence?», le premier chapitre s'attachera à décrire les connaissances et les découvertes véhiculées par la littérature autour de deux questions centrales: pourquoi est-il souvent aussi difficile de recourir à Speak Up? Et qu'est-ce qui peut contribuer à le rendre plus accessible?

Speak Up dans des services suisses d'oncologie (chapitre 2)

Le deuxième chapitre est dédié à une étude conduite sur le phénomène Speak Up dans des services suisses d'oncologie. Les résultats des interviews et d'un sondage écrit seront présentés et les approches de solutions ou de mesures qui en découlent mises en perspective.

Autre secteur d'activité: Speak Up dans l'aviation militaire (chapitre 3)

Un expert de l'aviation militaire décrit dans ce chapitre comment Speak Up est appréhendé dans son domaine de compétences et quelles expériences il a pu réaliser avec Speak Up dans des rôles divers.

Dans la **deuxième partie de cette publication** (chapitres 4–8), nous nous rapprochons de la conduite concrète et des activités au sein des établissements.

Une invitation à réfléchir aux objections possibles ainsi qu'à la définition du comportement Speak Up au sein de son propre lieu de travail (chapitre 4)

Dans de nombreuses discussions, il est apparu que souvent, des réserves similaires sont exprimées à l'évocation du sujet Speak Up. Ces doutes sont évoqués au quatrième chapitre.

De même, nous invitons le lecteur à réfléchir brièvement à la manière dont il perçoit son propre comportement Speak Up et celui qui prime au sein de son équipe.

Quels sont les facteurs favorisant Speak Up dans les établissements de santé? (chapitre 5)

Différents facteurs confèrent une base favorable à la communication des doutes relatifs à la sécurité au sein d'une équipe ou d'une entreprise; la compréhension mutuelle en étant un. Le cinquième chapitre traite de ces aspects.

Que faire si des doutes relatifs à la sécurité apparaissent? Speak Up dans une situation concrète (chapitre 6)

Ce chapitre présente plusieurs méthodes, stratégies de communication et approches sur la manière d'émettre des doutes quant à la sécurité ou d'attirer l'attention sur un risque potentiel dans une situation concrète (des mots codes, des gestes ou des techniques dites d'«Assertiveness» ou d'affirmation de la personnalité, p. ex.).

Rien n'empêche de dire quelque chose rétrospectivement (chapitre 7)

Si, dans une situation donnée, la sécurité n'a pas été assurée et que personne n'est intervenu, il est toujours possible et utile d'aborder le sujet, même après coup. L'importance de cette discussion a posteriori, à deux ou en groupe, est développée au chapitre 7.

Pour pouvoir commencer dès demain (chapitre 8)

Dans le dernier chapitre, nous souhaitons encourager le lecteur à faire bientôt le premier pas et à mettre en application certains éléments qu'il aura lus dans cette publication. Nous lui soumettons plusieurs propositions pour ce faire.

Mémento de poche «Speak Up»

A la fin du document, nous vous proposons une carte de synthèse qui permet de se souvenir de Speak Up et du contenu de cette publication dans la vie de tous les jours.

1^{re} partie

Speak
up

connaissances
contextes
expériences

- 1 «J'EN PARLE, OU VAUDRAIT-IL MIEUX QUE JE ME TAISE?»:
NOTRE DILEMME SPEAK UP AU QUOTIDIEN
- 2 ANALYSE DE SPEAK UP AU NIVEAU DE L'ONCOLOGIE
- 3 SPEAK UP EN CAS DE PRÉOCCUPATIONS RELATIVES À LA SÉCURITÉ –
COMMENT SONT-ELLES GÉRÉES EN AVIATION MILITAIRE?

«J'EN PARLE, OU VAUDRAIT-IL MIEUX QUE JE ME TAISE?»: NOTRE DILEMME SPEAK UP AU QUOTIDIEN

QU'EST-CE QUE SPEAK UP, POURQUOI EST-CE SI DIFFICILE ET COMMENT LE RENDRE ABORDABLE?

Speak Up décrit le concept d'exprimer une idée, un avis personnel ou une préoccupation, et le fait de demander des explications en cas de doute (13; 14). Si un médecin-assistant remarque pendant une intervention que son médecin-chef a touché un objet contaminé avec sa blouse stérile, il devrait lui être possible d'en parler afin d'éviter tout risque infectieux. La teneur de Speak Up peut varier, de la simple expression d'une idée (comme suggérer un autre anesthésique) à l'indication d'un danger imminent (notamment lorsque l'aide opératoire indique qu'il lui manque une compresse à la fin de l'opération, afin d'éviter qu'elle ne reste dans la cavité abdominale du patient). Pourquoi tant de tapage et un ouvrage entier de la fondation Sécurité des patients Suisse autour d'un thème apparemment aussi simple que Speak Up? La raison en est simple: nous avons tous bien souvent des doutes relatifs à la sécurité mais ne les exprimons que rarement (15–17). Cela nous empêche de mieux gérer les problèmes qui surviennent dans l'encadrement des patients, de proposer des idées ou des suggestions innovantes et d'éviter les erreurs dans le traitement des malades (18).

Le fait que Speak Up soit rarement appliqué et les raisons à cela ont fait l'objet d'un examen accru au cours des années passées, notamment en médecine, en psychologie et en management. Après une définition des termes, ce chapitre décrira pourquoi le recours à Speak Up est si rare et ce qui pourrait le faciliter en l'état actuel des recherches, de nos expériences personnelles en pratique clinique et

lors d'exercices de simulation. Nous sommes tous régulièrement confrontés à la décision: «J'en parle, ou vaudrait-il mieux me taire?», et même dans les plus hautes sphères de la hiérarchie, le silence est cultivé (17; 19).

1.1 QUE SIGNIFIE EXACTEMENT SPEAK UP: EST-CE LE CONTRAIRE DE «SE TAIRE»?

Généralement, le terme de Speak Up décrit le fait d'exprimer une idée, une opinion personnelle ou une préoccupation, ainsi que les questions que l'on pose en cas de doute, le plus souvent vis-à-vis de ses supérieurs hiérarchiques mais aussi de ses collègues (13; 14; 20). Dans le domaine médical, Speak Up se rapporte à la communication ciblée, spécifique aux situations cliniques, qui nécessite une action immédiate après un questionnement, une information ou une opinion, jusqu'à ce que le problème soit réglé (9). Concrètement, si le contenu de Speak Up se rapporte plus à une nouvelle idée ou à une suggestion, on parle alors de *Speak Up solution* (13; 21). S'il s'agit plutôt de remarquer et de nommer des problèmes ou d'éviter les erreurs, on évoque plus volontiers de *Speak Up inhibitif* (cf. tableau 1) (13; 21). Dans le contexte Speak Up, le verbe *se taire* (ou le mot *silence*, *silence* en anglais) revêt une signification plus complexe que «ne pas parler». Se taire signifie ne rien dire volontairement et retenir des informations potentiellement importantes, ou garder pour soi des incertitudes, des suggestions, des questions, alors qu'elles pourraient être profitables (13; 22). De la même manière que les motifs de Speak Up peuvent être multiples, le silence s'explique par différentes raisons (22).

Tableau 1: Résumé Speak Up et silence (13; 21–23)

Type	SPEAK UP / VOICE («voix» ou «parole», le fait d'exprimer quelque chose)		SILENCE	
	Définition	Exemple	Définition	Exemple
	Communication libre et informelle des idées, suggestions, préoccupations, informations ou avis pertinents visant à une amélioration ou une modification.	Dans une revue standardisée de morbidité et de mortalité, les cas des patients sont examinés de manière structurée. Chacun a la possibilité de présenter l'état du patient de son point de vue: c'est institutionnaliser la pratique de Speak Up.	Rétention d'informations ou d'avis potentiellement importants; non-expression de possibles suggestions utiles, de doutes, d'informations ou d'avis divergents.	Après une intervention chirurgicale, le résultat peu satisfaisant, obtenu par le chirurgien en chef, est visible à la radiographie. Son assistante s'en aperçoit mais n'ose rien dire de peur que cela ne nuise à sa propre carrière.

Différences de fond

	SPEAK UP / VOICE («voix» ou «parole», le fait d'exprimer quelque chose)		SILENCE	
Type	Définition	Exemple	Définition	Exemple
Promotive/ suggestion-focused voice (ou parole encourageante / orientée vers les suggestions).	Expression d'idées sur la manière de procéder différemment.	Lors des précédentes opérations, des saignements se sont toujours produits au même endroit. Le médecin-assistant soumet de nouvelles idées afin d'éviter ces hémorragies.		
Prohibitive / problem-focused voice (ou parole prohibante / orientée vers les problèmes).	Indication d'un problème pouvant être sérieux ou lourd de conséquences.	L'aide-soignant distribue les repas et confond nourriture de régime et repas pour diabétique. Son apprentie remarque que ces plateaux manquent sur le chariot et peut encore empêcher que la nourriture soit mal distribuée.		

1.2 POURQUOI SPEAK UP EST-IL TELLEMENT DIFFICILE?

Le recours à Speak Up est trop rare. Cette déclaration n'est pas anodine, puisque le manque de Speak Up dénote l'absence d'un comportement, et qu'il est difficilement observable. Par conséquent, on utilise des études dans lesquelles il est possible de simuler des cas cliniques spécifiques qui «provoquent» le Speak Up afin d'observer à quelle fréquence il y est vraiment fait recours dans une situation donnée. Ces études montrent que seulement 30 à 40% des participants ont pratiqué Speak Up dans un contexte où cette prise de parole aurait été non seulement souhaitée mais possible (24; 25). Ces pourcentages varient selon la nature de l'objet du Speak Up et ses destinataires; une étude de simulation présente les résultats suivants: 73% des participants, anesthésistes expérimentés, ont malgré tout osé s'adresser à une chirurgienne (si fatiguée qu'elle avait du mal à garder les yeux ouverts et qui laissait tomber un instrument au sol); seuls 14% se sont insurgés face à un membre des soins infirmiers (qui transmettait des résultats de tests pathologiques en salle d'opération via le haut-parleur alors que le patient était conscient) et quelque 24% se sont opposés à leur anesthésiologiste en chef (qui prescrivait un traitement incorrect) (17). Près de 70% des 137 responsables d'unités médicales et chirurgicales interrogés ont rapporté que les problèmes ne sont pas abordés ouvertement et que cette «politique de l'autruche» est largement répandue (26). Dans d'autres disciplines (comme en management ou dans l'aviation), la situation est analogue (27; 28).

Pourquoi en est-il ainsi? Qu'il nous soit difficile d'attirer l'attention de nos collègues sur une erreur potentielle semble être un sentiment généralisé et presque *normal*. Les causes incombent moins à une incompétence personnelle dans la pratique de Speak Up qu'à notre perception de l'environnement social et de ses réactions face à notre Speak Up. En d'autres termes, nous prenons notre décision de pratiquer ou non Speak Up – notamment – en pesant le pour et le contre entre les bénéfices présumés et les risques redoutés: quelle est l'efficacité possible de Speak Up et quels sont les risques personnels inhérents (1; 2; 9; 13; 29)? Dans ce cas de figure, le risque perçu est souvent vécu comme plus immédiat que l'impact positif potentiel sur l'organisation (30). A ce calcul conscient «coût/bénéfice» s'ajoutent des schémas inconscients, en partie évolutifs, tels que nos peurs et nos craintes, nous conduisant automatiquement à faire machine arrière (13; 31). Par conséquent, les barrières à Speak Up s'échelonnent sur trois niveaux: 1) dans les organisations (p. ex. hôpital, clinique, service, unité) et les contextes et les situations (comme l'objet de notre tâche) dans lesquels nous travaillons; 2) par la manière dont nous aménageons et percevons les relations sociales sur notre lieu de travail (p. ex. selon nos expériences passées avec certaines personnes, les stéréotypes); 3) en nous-mêmes (p. ex. nos peurs). Ces trois niveaux de blocage sont décrits plus en détail ci-dessous.

Barrières constituées par l'organisation et la situation

Au niveau de l'organisation (clinique, institut, service, unité), une culture du dialogue ouvert trop peu développée et des sanctions récurrentes au Speak Up constituent des barrières presque infranchissables.

Si la culture du dialogue ouverte et de l'apprentissage est défaillante, cela signifie qu'il manque une certaine *sécurisation psychologique*. Celle-ci nous fait prendre conscience que nous *pouvons* encourir un risque interpersonnel, que nous osons aborder des questions et des problèmes délicats et même demander de l'aide, sans pour autant être ridicules, discriminés ou pénalisés (32). L'absence de cette sécurisation psychologique est une barrière à la pratique Speak Up, en particulier pour le *Speak Up inhibitif* qui englobe l'expression des doutes et le signalement de fautes commises (18; 21). De même, une ambiance au sein de l'équipe fortement accentuée par la hiérarchie peut être un frein (33).

Des manquements au niveau *des dispositions institutionnelles et des marques de reconnaissance* constituent également des limites à Speak Up (34). Cela touche particulièrement le personnel occupant un échelon hiérarchique inférieur d'une organisation, étant donné que les dirigeants ont tendance à accorder plus de crédit au Speak Up des collaborateurs plus hauts placés (35). Les sanctions (mesures disciplinaires) prises à l'encontre de Speak Up dissuadent aussi les employés d'y recourir.

S'ajoutent à cela des *facteurs de situation ou de contexte*, l'objet même de Speak Up. Selon l'hôpital, la clinique, le service ou la discipline, il semble qu'il existe plus ou moins de sujets «à éviter». En oncologie par exemple, ce qui a trait à l'hygiène, à l'isolement et aux traitements invasifs ne semble pas «exprimable», contrairement à l'administration de médicaments (29; 36). Plus un sujet est «inabordable» plus nous avons tendance à nous dérober aux occasions d'en parler à un collègue ou à un supérieur.

Barrières sociales

Les nombreuses barrières à Speak Up trouvent leur origine au niveau des relations humaines. Au cœur du problème figurent la *relation avec ses supérieurs hiérarchiques* et la hiérarchie telle qu'elle est vécue; des membres du personnel concèdent à ce propos que de fortes différences perçues au niveau hiérarchique les empêchent de s'exprimer (15; 17; 37–39). Notre inclination très humaine à l'obéissance et à la conformité apporte certainement de l'eau au moulin de ce phénomène (40; 41).

Cela ne veut pas dire pour autant que les membres du personnel jouissant d'un statut plus élevé pratiquent Speak Up avec plus de facilité. Le manque de Speak Up n'est pas l'apanage des échelons inférieurs. D'autres obstacles à Speak Up sont constitués par les craintes de se retrouver dans des situations embarrassantes ou au cœur d'un problème, d'être rejeté par ses collègues ou même par l'idée qu'évoquer des sujets «délicats» risque de déclencher des conflits compromettant ensuite les *relations professionnelles* (17; 34; 38).

Au niveau personnel, des *antécédents* désagréables avec la personne concernée peuvent également inhiber Speak Up (17; 38). Les expériences négatives risquent d'avoir des conséquences à long terme. Par exemple, déclencher des sentiments d'aversion tels qu'une *habitude du silence* se met en place: on omet «automatiquement» Speak Up, alors que les conséquences négatives de ces expériences ne sont peut-être même plus actuelles (31). Il peut aussi arriver que l'observation de collègues pénalisés pour avoir «parlé» entraîne une raréfaction de son propre Speak Up (42). Les expériences négatives finissent par s'alimenter d'elles-mêmes lorsque nous développons des préjugés, usons de stéréotypes à l'égard de certains groupes professionnels et dénigrons les personnes de ce groupe. Finalement, nous développons l'impression que formuler Speak Up à leur encontre est de toute façon inutile (17): si je pars non seulement du principe que la personne incriminée ne m'écoute pas mais, qu'en plus, elle ne veut/ne peut pas me comprendre, alors autant laisser Speak Up de côté. De la même manière, nos préjugés au niveau interpersonnel en tant que «récepteur» de Speak Up sont d'importance. Nous confondons souvent Speak Up et dogmatisme agressif (43). Cela conduit à ce que nous prêtons à nos collègues la volonté seule de s'imposer ou de se distinguer avec Speak Up, au lieu de supposer qu'ils veulent contribuer à la prévention des erreurs et à l'apprentissage au sein de l'organisation.

De même, la crainte que les collègues puissent avoir une mauvaise opinion de nous à cause de Speak Up (p.ex. paraître incompetent, fanfaron, devenir le vilain petit canard et non un «équipier») (28; 34; 38), entraîne parfois le silence. La perception que l'on peut avoir du Speak Up de nos collègues de travail ainsi que notre estimation de leur obligation morale de conformité et du partage des responsabilités conduit également à attendre que Speak Up soit (espérons-le) repris par d'autres (44; 45).

Les obstacles «humains» à Speak Up sont aussi constitués par le «respect» d'un territoire (p.ex. si le chirurgien remarque une tension artérielle basse dont il n'informe pas l'anesthésiste) et le «respect» de l'autonomie médicale (si je dis aujourd'hui à un collègue qu'à sa place je générerais l'hémostase différemment pendant l'opération, parce que le patient prend des médicaments qui affectent la coagulation sanguine, viendra-t-il demain me dire ce que j'ai moi à faire?) (45). Les diverses estimations interprofessionnelles des dangers potentiels peuvent aussi conduire à des conflits de Speak Up; une étude a d'ailleurs révélé une évaluation des risques plus élevée par les membres des soins infirmiers que par les médecins (46).

Barrières personnelles

Outre les émotions décrites ci-dessus qui existent et continuent d'exister notamment dans le cadre interpersonnel du travail, des sentiments très individuels comme la *peur* – d'être jugé, pénalisé, de perdre sa réputation, de la réaction des autres ou de se tromper – peuvent aussi fortement entraver le Speak Up (17; 31; 47).

Un autre obstacle en médecine est notamment la relative *incertitude* quant aux «faits», et le vif désir de viser juste en pratiquant Speak Up. La crainte de se tromper en émettant un avis ou en présentant une demande peut conduire à ce que l'on se taise si l'on ne dispose pas de données solides, et qu'on passe sous silence son «mauvais pressentiment» (17; 28; 38).

Au même titre, de faibles *compétences en matière de communication*, l'incapacité à s'imposer et un sentiment d'appartenance insuffisant au service/à la clinique freinent Speak Up (21; 24; 36). S'ajoute à cela notre norme *sub-jektive*: Speak Up fait-il partie de l'image que je me fais de moi-même (38)? A quel point provoquer des changements relève-t-il de ma responsabilité (17; 21; 34)? Qu'est-ce que je crois être le fonctionnement idéal de mon service/de ma clinique (p. ex. pas de Speak Up pour les nouveaux, ne jamais critiquer publiquement le chef) (28)?

Tout comme les obstacles, les aides à la pratique de Speak Up s'échelonnent sur trois niveaux: 1) *organisation et contexte* (p. ex. des services offrant une importante sécurisation psychologique, la réflexion institutionnalisée et des formations Speak-Up); 2) la conception et la perception de nos *relations interpersonnelles* au travail (p. ex. le comportement bienveillant des supérieurs à l'encontre de Speak Up) et 3) en *nous-mêmes* (comme la compétence à réguler ses émotions et à communiquer). Les aides que l'on peut apporter à ces trois niveaux sont décrites en détail ci-après.

1.3 QU'EST-CE QUI FACILITE SPEAK UP?

Aides de l'organisation et en situation

Sur le plan organisationnel, un climat caractérisé par la *sécurisation psychologique*, très favorable à Speak Up est une condition fondamentale pour que d'autres interventions (p. ex. des formations Speak Up) puissent être efficaces (32; 48; 49) (voir chapitre 5.3). La sécurisation psychologique prend toute son importance lorsque Speak Up s'adresse à une personne de statut hiérarchique supérieur (50). Elle est primordiale au sein de sa propre équipe, même si Speak Up se rapporte à des membres d'autres équipes (comme une anesthésiste → chirurgienne) (51). Poser cette sécurisation psychologique requiert souvent un changement culturel au sein de l'hôpital/du service, afin de modifier la perception établie entre les conséquences immédiates au niveau personnel et le futur impact positif sur l'organisation (30). Elle peut également être encouragée lors de formations fondées sur la simulation, et même lors de simples apprentissages techniques (c.-à-d. la formation purement technique de certaines aptitudes), dans la mesure où il sera question de travail d'équipe et de «facteurs humains» (52; 53).

On peut être conduit à proposer des formations Speak Up ciblées, en partant du principe que la raison d'être de Speak Up est de relever le faible niveau de compétences en communication et les attitudes défavorables à l'égard de cette prise de parole. Toutefois, ces formations destinées à améliorer ses propres capacités Speak Up n'ont eu jusqu'à présent qu'une efficacité limitée. A quelques exceptions près (54), comme pour les compétences spécifiques de réaction (55), des concepts de formation réussis sont rares à ce jour (17; 56). Il est important de souligner que l'efficacité de ces concepts de formation peut être différente selon le milieu professionnel, p. ex. un concept peut être efficace pour les membres des soins infirmiers mais pas pour les médecins (57). Si la performance des formations Speak Up réalisées jusqu'ici était parfois limitée, c'est peut-être à cause de l'orientation unilatérale des compétences en communication qu'elles véhiculaient. Comme décrit précédemment, les raisons à un manque de Speak Up sont nombreuses, complexes et relèvent principalement des interactions sociales. Une formation uniquement individuelle ne relaie que peu d'informations sur la circularité du comportement et donc, sur les possibilités de changement qui elles seraient décisives (58). Par conséquent, il est non seulement indiqué d'entraîner la réaction à Speak Up (59), mais surtout de promouvoir systématiquement Speak Up, à savoir modifier plutôt les modèles d'interactions complexes et leur dynamique que les compétences individuelles. Que les instructeurs aident, par exemple, les participants à identifier la manière d'influencer mutuellement leurs comportements ainsi que ce dont ils ont besoin personnellement et de la part des autres pour l'application de Speak Up (58).

Dans la pratique clinique quotidienne, de courts *briefings* et *débriefings* (séances d'information et comptes rendus) fournissent aussi une bonne occasion de promouvoir Speak Up de façon systématique (tableau 2) (58). Comme lors des briefings pratiqués par l'aviation, les superviseurs ont ici l'occasion de demander explicitement à leur équipe de recourir à Speak Up et d'en définir des règles (60–62). Lors de débriefings communs, l'équipe est invitée à réfléchir au rôle de Speak Up (63–66).

Pour que toutes les aides de l'organisation soient efficaces à long terme, elles doivent bien entendu être réalisées systématiquement et continuellement. De plus, tous les groupes professionnels et hiérarchiques doivent y prendre part et dans le meilleur des cas, au niveau des étudiants et des stagiaires déjà (67; 68).

Tableau 2: Définitions de briefing et de débriefing, applications possibles (60–65; 69; 70).

Terme	Définition	Exemple de soutien à Speak Up
Briefing (instructions, séance d'information).	Réunion préparatoire en équipe concernant la coopération et la clarification des rôles.	Lors du Team time out avant l'intervention, le chirurgien demande à tous les membres de l'équipe du bloc de pratiquer Speak Up pendant l'opération. Chaque unité commence sa journée par un rapport matinal au cours duquel les collaborateurs ont l'occasion de formuler leurs préoccupations, notamment celles concernant le travail d'équipe.
Débriefing (ou compte-rendu).	Discussions communes sur les actes pratiqués et le modèle mental après un évènement, dans l'objectif d'en comprendre les interactions, d'apprendre et d'améliorer les résultats cliniques.	Au cours du débriefing qui suit des réanimations ou des accouchements difficiles, chaque membre de l'équipe peut évoquer les moments critiques. Lors d'une revue de morbidité et de mortalité, l'équipe a l'occasion de réfléchir au déroulement d'un cas. Aux soins intensifs, lors d'une discussion de cas à la fin du service, l'équipe qui traite les patients va discuter des évènements de la journée; tous sont invités à dire ce qui les préoccupe.

Aides interpersonnelles

La *direction* peut offrir de nombreux moyens de promouvoir Speak Up. Son propre Speak Up est facilité si on perçoit que son supérieur hiérarchique est tolérant à cet égard (2; 71). Concrètement, les superviseurs peuvent attester de leur disposition à Speak Up en parlant ouvertement des *mythes* existants, en demandant explicitement la pratique de Speak Up (p. ex. lors des briefings cités plus haut), en écoutant et en reconnaissant clairement la pratique de Speak Up (30; 60; 62; 72). On ne soulignera jamais assez l'importance que revêt un comportement «ouvert» de la part des dirigeants: en tant que supérieur hiérarchique, nos espoirs et même parfois nos certitudes que nos employés s'ouvriront à nous par leurs idées, sug-

gestions et indications importantes, et le fait de nous considérer comme «quelqu'un à qui l'on peut parler», n'est bien souvent qu'une illusion (13; 73). Les craintes des employés sont nombreuses, relayées par le système et héritées en partie de nos prédécesseurs (73). Par conséquent, nous devons *percevoir les signaux hiérarchiques inconscients que nous émettons*, car ils font obstacle à une communication sincère avec nos employés (73). De plus, il nous faut créer des opportunités pour une communication ouverte de manière active et délibérée, et traiter les demandes qui nous sont soumises en toute transparence. Pour ce faire, il est aussi nécessaire que nous soyons reconnus explicitement en tant que supérieur hiérarchique au sein de notre organisation (59).

Pour moi, diriger signifie montrer l'exemple et apporter mon soutien afin que le personnel ose s'exprimer en toute confiance sur des évènements en lien avec la sécurité des patients.

Nicole Schumacher

Responsable des soins en anesthésie, Hôpital cantonal des Grisons

1.0

Ce comportement de leadership compréhensif peut même être appliqué à la communication de tous les jours: une étude récente de situations critiques simulées en anesthésie a révélé que les membres d'une équipe sont plus enclins à utiliser Speak Up lorsque leurs supérieurs emploient souvent le «nous» (74). La relation entre la direction et les employés n'est pas seule à favoriser Speak Up, il s'y ajoute aussi celle entre les employés: plus on fait l'objet de considération et de gratitude de la part de ses collègues, plus on a de chances d'être enclins à s'exprimer (75).

Des aides individuelles

Outre les aides apportées par l'organisation et nos rapports avec les autres, il y a des choses que chacun peut faire pour faciliter Speak Up. Nous pouvons influencer sur nos propres *attitudes*. Plutôt que de supposer que les autres font des erreurs plus ou moins stupidement, il est judicieux de partir de *l'hypothèse de base* que les collègues font de leur mieux, qu'ils ont la volonté de travailler en bonne intelligence, sont dignes de confiance et veulent assurer les meilleurs soins possible aux patients. Si nous partons de ce postulat interpersonnel, alors Speak Up nous semble déjà plus facile (17; 76). Il est normal d'éprouver des difficultés aussi bien pour toujours partir de ce principe que pour aborder des gens avec lesquels nous sommes en conflit. Speak Up – et tous ses obstacles – est donc appréhendé comme un investissement à haut risque en faveur du partenariat précité (77). Si nous observons que cet investissement a porté ses fruits, alors

nous avons la chance de développer une *Voice Efficacy* (ou efficacité de parole), soit la perception que notre Speak Up est efficace (31). Cette perception semble être particulièrement importante pour le Speak Up *solution*; la sécurisation ressentie est quant à elle déterminante pour le Speak Up *inhibitif* (23). Une autre attitude que nous pouvons orienter activement est notre motivation à faire ce qui est juste plutôt qu'œuvrer pour notre réussite personnelle: du point de vue de Speak Up, il semble que *vouloir bien faire* est plus utile qu'essayer de suivre sa propre ambition (17; 78).

En plus de réfléchir à nos attitudes, il est possible de travailler sur nos *compétences*. Nous pouvons par exemple améliorer nos capacités, réguler nos émotions: plus nous les maîtrisons plus il nous est facile de trouver le ton juste pour pratiquer notre Speak Up (77; 79). On peut également trouver des formulations de Speak Up plus efficaces; il s'agit notamment d'utiliser des messages *constructifs* (p.ex., proposer des solutions concrètes plutôt que uniquement dénoncer une irrégularité), parler *le plus tôt possible* au lieu d'attendre et acquérir une expertise sur le contenu Speak Up (76). En tant qu'*algorithme de communication efficace*, il permet ainsi *a)* de nommer ce qui a été entendu et observé de sa propre initiative, *b)* de révéler son point de vue et *c)* d'obtenir l'avis des autres (54; 80–82) (voir chap. 6.1). Cela nous aide aussi à acquérir une meilleure capacité à imposer nos idées, voire même de l'entraîner (24; 83).

Des conseils paradoxaux pour Speak Up

Des conseils loufoques ou fantaisistes (84) pour quelque chose que vous pourriez ne pas vouloir: vous taire plutôt que recourir à Speak Up.

1. Ne pas dire ce qui vous préoccupe, mais vous arranger pour que cela se remarque!
2. Partir du principe que de toute façon les autres ne vous comprendront pas!
3. Ne jamais demander à ses collègues de dire ce qu'ils pensent! (Ils se manifesteront d'eux-mêmes si quelque chose est vraiment important.)
4. Juguler l'expression des préoccupations parce que cela entrave le flux de travail!
5. Être scandalisé à juste titre si quelqu'un vous indique une erreur!
6. Ignorer purement et simplement quelqu'un qui vous donne son avis, surtout en n'étant pas sûr de votre propre opinion. (Où va-t-on si chacun passe son temps à dire ce qu'il pense?)
7. Préciser le plus tôt possible que vous ne voulez en aucun cas être dérangé dans votre travail!
8. Exclure les perturbateurs notoires de l'équipe!
9. Face à quelqu'un qui pratique Speak Up coûte que coûte: imposer un châtement exemplaire! Ainsi, tout le monde saura comment est traité un tel dérangement.
10. Expliquer clairement comment fonctionne la hiérarchie dans votre service: qui a droit à la parole ou pas!

1.4 POURQUOI PRATIQUER SPEAK UP?

Dans le domaine médical, Speak Up (et notamment le fait d'indiquer des fautes potentielles ou d'exprimer des doutes) s'avère profitable, en particulier parce qu'il permet d'éviter des erreurs ou de les résoudre plus rapidement. Il est donc essentiel à la sécurité des patients (15). En plus de toutes les études dites rétrospectives qui arrivent à la conclusion que Speak Up aurait pu éviter des erreurs (15; 85; 86), une étude de simulation prospective conduite dans le domaine de l'anesthésie indique que la pratique de Speak Up par le personnel soignant lors de la narcose va de pair avec de meilleures performances au niveau de l'équipe (20).

Speak Up est tout aussi important pour la résolution commune des problèmes que pour l'apprentissage au sein d'organisations telles que les hôpitaux. C'est seulement quand les membres d'une équipe parviennent à exprimer leur opinions, idées ou expertises que des ébauches de solutions peuvent affluer, que le potentiel de synergies entre les équipes interdisciplinaires peut s'exprimer et que les problèmes sont résolus à long terme (18; 87; 88). Dans la perspective d'une échéance éloignée, admettre et accroître le recours à Speak Up permet aux employés des hôpitaux de gérer des conversations difficiles entre eux et ainsi, d'apprendre les uns des autres (89).

En conclusion: Speak Up! Mais correctement. La mise en place d'une culture de la communication ouverte et de formations systémiques orientées Speak Up aident non seulement les patients, mais aussi toute l'équipe de soins et leurs services.

ANALYSE DE SPEAK UP AU NIVEAU DE L'ONCOLOGIE

QUELLES SONT LES EXPÉRIENCES RÉALISÉES PAR LES COLLABORATRICES ET LES COLLABORATEURS? OÙ SE TROUVENT LES OBSTACLES ET QU'EST CE QUI FAVORISE SPEAK UP? QUELLES SONT LES PISTES ENVISAGEABLES POUR DES CHANGEMENTS DÉCOULANT DES RÉSULTATS?

2.1 L'ONCOLOGIE EN TANT QUE «DOMAINE À HAUT RISQUE»

Comme dans tous les domaines de la médecine, des événements dits indésirables représentent un danger pour les patients (90–94). Le risque d'erreurs de médication est élevé, à la fois pour les patients adultes et les enfants atteints d'un cancer. L'oncologie est un domaine pluridisciplinaire et très complexe des soins de santé, au sein duquel la plus petite des fautes peut avoir des répercussions dramatiques. En oncologie, diverses disciplines médicales (oncologie médicale, chirurgie oncologique, radio-oncologie, etc.) travaillent de concert avec des groupes professionnels non médicaux. En effet, au cours de la maladie, de nombreux patients ont besoin de différents types de soins médicaux (p. ex., patients hospitalisés et ambulatoires), des thérapies souvent complexes sont appliquées avec des procédures et des intervalles de temps précis (comme les traitements modernes de chimiothérapie) et les médicaments utilisés ont souvent un rayon d'action thérapeutique limité, tout en représentant un danger substantiel en cas d'utilisation erronée. En outre, les patients concernés sont particulièrement vulnérables du fait de leurs ressources physiques et mentales limitées pour compenser toute charge supplémentaire. Ce lien entre complexité et niveau de risque élevé engendre une collaboration forte au sein de l'équipe en vue de la sécurité qui reste une condition sine qua non à la sécurité des soins et à la prévention d'événements indésirables. Des réunions interdisciplinaires sur les tumeurs (ou tumor board) et les équipes de traitement partent précisément de l'idée que plusieurs groupes professionnels, disciplines et expertises confèrent aux soins une qualité et une sécurité supérieures (95; 96). Cependant, une communication franche, claire et efficace entre toutes les parties est nécessaire à cet effet, en particulier dans les situations où la sécurité des patients est en jeu. La communication au sein des équipes d'oncologie est un élément essentiel à une bonne culture de la sécurité, de même que la question de savoir si et comment les employés expriment leurs préoccupations sécuritaires concrètes et demandent le respect des règles. Ce type de Speak Up peut être décrit comme la communication impérative de ses préoccupations en matière de sécurité, au moyen d'informations, de questions, d'estimations ou d'opinions exprimées dans les cas cliniques où il est indispensable d'intervenir afin d'éviter tout dommage potentiel au patient (34). Des études montrent cependant que les employés gardent souvent le silence dans des situations critiques et ne manifestent ni leurs doutes ni leurs préoccupations. Un énorme potentiel de protection des patients contre les dommages est ainsi perdu. De fait, il est d'autant plus important de compren-

dre les facteurs et les conditions qui contribuent à ce que les médecins et le personnel soignant énoncent clairement leurs préoccupations à leurs collègues.

Dans notre étude, nous avons examiné des situations concrètes où des expériences, des obstacles et d'autres éléments d'appui influencent un tel engagement des employés pour la sécurité des patients. Nous nous sommes penchés sur les questions de la fréquence avec laquelle les médecins et le personnel infirmier en oncologie manifestent des inquiétudes d'ordre sécuritaire; sur le fait qu'ils s'adressent à leurs collègues en cas d'erreur ou de comportement à risque et de quelle manière, ainsi que sur les facteurs expliquant ce comportement. Notre objectif était d'étudier en détail le «silence», ce phénomène quotidien au cœur d'un domaine de la médecine non-invasive, afin de le comprendre et de développer éventuellement des mesures et des solutions pour y remédier.

2.2 PROCÉDURE MÉTHODIQUE

L'étude exploratoire a été suivie d'une procédure de combinaisons qualitatives et quantitatives, caractéristiques de la recherche sur les services de santé. Elle a comporté des interviews dites qualitatives (module 1) de médecins hommes et femmes et du personnel infirmier travaillant dans des unités de soins oncologiques, ainsi qu'un sondage écrit (module 2). Au total, neuf services d'oncologie d'hôpitaux de Suisse alémanique ont participé à cette recherche. Parmi eux, des hôpitaux universitaires, cantonaux et régionaux, des services de soins stationnaires et ambulatoires, de même que des cliniques d'oncologie pédiatrique.

Module 1: entretien qualitatif

Au cours d'entretiens personnels et semi-structurés, des spécialistes de différents groupes professionnels et niveaux hiérarchiques ont été interrogés à propos de leurs expériences et de leur vécu. Les questions portaient sur les situations durant lesquelles ils avaient pu ressentir des préoccupations d'ordre sécuritaire, la manière dont ils parvenaient à prendre une décision, si et comment ils exprimaient leurs doutes et les réactions récoltées jusqu'à présent de la part de leurs pairs ou de leurs supérieurs. L'un des principaux objectifs de ces interviews était de décrire dans toute leur diversité des situations spécifiques où Speak Up est particulièrement difficile ou au contraire, celles où il semble plus aisé. Au total, 32 entretiens approfondis ont été conduits avec des membres du personnel infirmier et des médecins travaillant dans des unités d'oncologie ou des centres de soins ambulatoires. Ils ont ensuite été transcrits et codés par deux experts indépendants au moyen d'une méthode d'analyse de contenu (codage ouvert) avant d'être évalués. Sur la base de ces résultats, un modèle théorique a été développé et des hypothèses émises qui ensuite ont été contrôlées dans le cadre d'une enquête quantitative.

Module 2: sondage écrit

Le questionnaire écrit a été adressé à tous les employés des services participants. Pour cela, un instrument en deux parties a été développé: dans la partie générale, la fréquence des doutes perçus quant à la sécurité a été répertoriée, de même que les comportements individuels, les attitudes, les normes, le soutien social ainsi que la sécurité psychologique au travail. Nous avons utilisé notamment le modèle adapté au domaine des soins de santé appelé «employee silence scale» (échelle de mesure du silence des employés) (97). Cette partie générale consistait finalement en un questionnaire de 34 éléments.

La deuxième partie présentait quatre protocoles («histoires de cas») devant être évalués par les personnes interrogées sur la base de différentes questions. Ces courts exemples de cas décrivaient chacun une situation hypothétique dans laquelle un collègue commettait une erreur ou contrevenait à une règle de sécurité. Ces actes hypothétiques étaient largement inspirés par les interviews de la première phase de l'étude et incluaient: a) une erreur de prescription non relevée; b) le non-respect de la procédure de désinfection des mains avant l'examen d'une plaie; c) un manquement au double contrôle des médicaments; d) la réalisation d'une ponction lombaire chez un patient sous chimiothérapie sans numération plaquettaire ni statut actuel de coagulation. Des détails («facteurs») ont été associés à chacun des quatre contextes distincts; ils avaient été systématiquement manipulés dans une conception de plan factoriel. Sous différentes modalités, sept de ces facteurs ont donc été intégrés aux cas. Par exemple, c'est un médecin-chef qui était responsable de l'action incriminée dans un cas, ou un médecin-assistant dans une autre variante. Tous les participants ont reçu quatre protocoles au hasard, un pour chaque acte hypothétique. Les personnes sondées devaient évaluer chaque situation par le biais d'une série de questions; à combien estimaient-ils l'ampleur des dommages potentiels pour le patient, par exemple, et comment ils se seraient personnellement comportés en tant que témoin de cette situation (en anglais «bystander effect»). L'avantage de

cette procédure expérimentale est qu'avec les méthodes statistiques appropriées, l'influence des facteurs intégrés peut être extraite de l'évaluation de l'ensemble du protocole. L'importance du niveau hiérarchique des personnes décrites par exemple peut ainsi être quantifiée par rapport à l'évaluation de la situation. Ce sondage écrit a été complété par 1013 personnes, médecins et membres du personnel infirmier.

2.3 RÉSULTATS

Des occasions de pratiquer Speak Up: les doutes relatifs à la sécurité dans le quotidien hospitalier

Au quotidien, le personnel hospitalier est souvent confronté à des situations qui éveillent des doutes relatifs à la sécurité. Dans notre sondage écrit, les médecins ou les membres du personnel infirmier rapportent ...

- avoir eu pour le moins parfois des préoccupations concrètes, relatives à la sécurité des patients dans leur service (53%, dont 3% «très souvent»);
- avoir pour le moins parfois remarqué une erreur potentiellement dangereuse pour les patients, comme une ordonnance imprécise (54%, dont 4% «très souvent»);
- s'être rendu compte pour le moins parfois qu'un collègue ne respectait pas, consciemment ou non, une règle susceptible d'être importante pour la sécurité des patients, p. ex., le double contrôle des médicaments ou les directives en matière d'hygiène (43%, dont 4% «très souvent»).

Les doutes ressentis en matière de sécurité l'ont été plus fréquemment par le personnel infirmier (par rapport aux médecins), par les employés des unités (par rapport à ceux du centre de soins ambulatoires en oncologie) et par les personnes sans fonction de supervision (comparativement à celles occupant des postes de direction). Lors des entretiens, de multiples cas susceptibles de provoquer des préoccupations d'ordre sécuritaire dans la vie quotidienne ont été évoqués (voir tableau 3) (36).

Tableau 3: Les principales préoccupations d'ordre sécuritaire citées lors des interviews

Préoccupations d'ordre sécuritaire	
Plan général de médication	<ul style="list-style-type: none">- Posologie/prescription erronée- Aucune prémédication/prémédication erronée- Vitesse de passage de la perfusion inadéquate- Ordonnance mal complétée- Formulaire d'ordonnance manquant pour une thérapie intrathécale
Hygiène/isolement	<ul style="list-style-type: none">- Absence de gants/désinfection des mains- Procédures normalement interdites en isolement- Utilisation de matériel non stérile
Décisions de procédures	<ul style="list-style-type: none">- Décision en faveur de la chirurgie- (Pas de) déplacement en soins intensifs
Procédures invasives	<ul style="list-style-type: none">- Ponction lombaire sans test de coagulation- Absence de masque/gants pour une ponction lombaire

2.0

Le spectre des différents événements et des circonstances décrites était très large. Toutefois, les cas ayant trait au processus de médication dans son ensemble et au domaine de l'hygiène sont le plus souvent cités. Dans ces deux domaines, il est fait état d'un processus de violation des règles continu et établi («normalization of deviance» ou normalisation de la déviation), notamment pour des ordonnances qui, systématiquement, ne comportent pas certaines informations prévues ou sont carrément mal complétées, voire la non-conformité quasi automatique aux exigences en matière d'hygiène.

L'un de nos chefs de clinique effectue des ponctions lombaires sans masque ou sans gants stériles ... Il le fait ainsi et malgré de nombreux spectateurs attentifs, personne ne dit rien ... Je crois qu'il procède comme ça depuis toujours ... On lui en a déjà proposé quelques fois [masque, gants]. Il prétend que ce n'est pas nécessaire ... Jamais il ne s'est passé quelque chose. Si un enfant devait un jour contracter une infection pour cette raison, il serait alors vraiment nécessaire d'aborder ce sujet. (Infirmière)

S'habituer à de tels manquements aux règles établies conduit souvent à ce que cela ne soit plus véritablement considéré comme des «dérives» et devienne toujours plus difficile à thématiser de manière constructive.

Garder ses doutes pour soi et se taire

La plupart des personnes interrogées connaissent une situation dans laquelle ils n'ont exprimé ni leurs doutes ni leurs inquiétudes relatifs à la sécurité des patients. Sur l'«employee silence scale», les réponses données démontrent de manière impressionnante que la rétention des suggestions et des préoccupations de sécurité concrètes n'est pas un comportement rare ou exceptionnel (voir tableau 4).

Aborder des problèmes relatifs à la sécurité est plus facile pour certains thèmes que pour d'autres. Presque tous les épisodes de «silence» signalés étaient liés à des mesures d'hygiène, à des interventions sur des patients en isolement et à des procédures invasives. En revanche, il existe en oncologie une culture bien établie qui consiste à formuler des doutes et des observations relatifs à la sécurité de la médication. Ils ne sont souvent pas perçus à titre «personnel» et il est plus facile d'en parler de manière professionnelle.

La plupart des situations où des spécialistes ont posé un mouchoir sur leurs préoccupations avaient des caractéristiques communes. Dans la «constellation typique», plusieurs personnes étaient présentes (notamment lors des visites) et il y avait des différences hiérarchiques ou de groupes professionnels entre les parties. Seules quelques situations ont été rapportées, dans lesquelles tous les participants faisaient partie du personnel infirmier ou étaient des médecins de niveau équivalent. Toutefois, certains cas difficiles signalés étaient plutôt atypiques. Par exemple, des médecins qui gardent pour eux leurs préoccupations sécuritaires à l'encontre des infirmières. Les résultats du sondage écrit ont néanmoins confirmé que la propre position hiérarchique occupée est associée à la fréquence de la rétention des doutes relatifs à la sécurité: plus la position hiérarchique est élevée, plus il est probable que des questions critiques seront émises, que des préoccupations seront exprimées et des rappels à l'observance des règles de sécurité effectués.

Tableau 4: Rétention des doutes relatifs à la sécurité des patients («employee silence scale» selon (97))

Combien de fois ...	Jamais	Rarement	Parfois	(Très) fréquemment
... avez-vous décidé de ne pas exprimer vos doutes relatifs à la sécurité des patients?	30%	39%	24%	8%
... avez-vous gardé pour vous des idées ou des remarques relatives à une meilleure sécurité des patients dans votre service?	32%	39%	19%	10%
... avez-vous constaté d'éventuels problèmes relatifs à la sécurité dans votre service sans en avoir parlé à quelqu'un?	50%	32%	14%	5%
... avez-vous eu une question relative à la sécurité des patients dans votre service, question que vous avez préféré de ne pas poser?	48%	34%	9%	9%
... avez-vous gardé le silence alors que votre remarque aurait pu éventuellement contribuer à amoindrir un risque pour les patients?	63%	31%	5%	1%

Le difficile équilibre entre silence et parole

Pour de nombreux professionnels, exprimer ou taire ses préoccupations d'ordre sécuritaire dans la vie quotidienne est une décision difficile à prendre (tableau 6, question 17). Certains rapportent d'ailleurs de manière frappante à quel point cette décision peut être issue d'un processus complexe (9). Dans cette optique, des termes comme «évaluation des arguments», «décision», «analyse des risques par rapport aux bénéfices» et autres désignations similaires sont revenus fréquemment au fil des interviews. Les forces en équilibre oscillent entre une forte motivation à protéger le patient contre tout risque potentiel, la peur de devoir faire face à une situation difficile et des perturbations dans de bons rapports entre collègues (tableau 5). Les risques encourus par les patients sont également reflétés («Le danger pour le malade est-il bien réel si je n'interviens pas maintenant?»). Dans leur questionnaire, 17% des personnes interrogées ont indiqué qu'elles ne jugent pas nécessaire de thématiser une erreur commise lorsque le risque induit pour le patient est faible (tableau 6, question 13). Ce processus d'évaluation des arguments «pour» et «contre» devient particulièrement ardu lorsque les parties ne se connaissent pas bien et que la réaction de l'interlocuteur est donc difficile à prévoir. Lors des interviews, des situations faisant intervenir des consultants ou des médecins-assistants en rotation ont été explicitement mentionnées. Alors que la protection du malade actuellement traité est d'une importance capitale pour les professionnels, le rôle joué par des futurs patients encore inconnus est tout à fait mineur au niveau de la délicate décision pour ou contre Speak Up. Il semble que dans ce processus de décision, vouloir éviter que des situations dangereuses ne se répètent – c'est-à-dire apprendre de ses erreurs pour ne pas les reproduire à l'avenir – n'a aucune place. Cette «myopie» au sein de la décision Speak Up est un problème majeur. La difficulté à exprimer ses préoccupations se trouve dans le présent (et notamment dans la réaction directe de son interlocuteur), tandis que les avantages potentiels sont à venir.

Stratégies fréquentes: comment dire l'indicible?

Pour de nombreux professionnels, il n'est pas facile de «trouver les mots justes» pour exprimer leurs préoccupations (tableau 6, question 12). Quelque 69% des personnes interrogées estiment qu'il faut disposer d'une certaine finesse pour attirer l'attention d'un supérieur hiérarchique sur son erreur possible ou sur une situation délicate (tableau 6, question 4). Dans les interviews, les professionnels relatent qu'ils utilisent différents modes de communication pour exprimer leurs préoccupations, beaucoup d'entre eux étant non-verbaux. Une personne sur deux évoque notamment des gestes et des mimiques signalant une consigne de sécurité à un collègue: dans le cas particulier du non-respect d'une consigne d'hygiène, la motivation principale est de ne pas mettre son collègue en porte-à-faux en présence du patient. Une majorité des sondés pense d'ailleurs qu'il ne faut jamais relever l'erreur d'un pair ou d'un supérieur hiérarchique en présence des patients ou de leurs proches (tableau 6, question 25). Le personnel des services d'oncologie pédiatrique essaie souvent de communiquer discrètement ses doutes ou inquiétudes (en toussant légèrement, p. ex.), afin de ne pas déstabiliser les parents d'un enfant traité.

*Mettre son propre masque et observer s'il en fait de même ou mettre son propre masque et lui tendre le matériel. Nous avons des règlements ou des lignes directrices, ils seraient là pour ça.
(Médecin-assistante)*

Cette «recherche des mots justes» induit souvent, dans des situations critiques, une réaction plus lente que nécessaire parce que tout va trop vite pour trouver le temps de réfléchir à des formulations diplomatiques. Les membres du personnel choisissent en général un mode d'expression adapté à leur interlocuteur, tentent d'adopter un style de conversation diplomatique et usent parfois de tactiques mûrement réfléchies, surtout s'ils veulent communiquer leurs doutes sécuritaires à un supérieur. Les jeunes médecins, par exemple, ont tendance à exprimer leurs doutes sous couvert de questions «bêtes», du genre

Tableau 5: Motivations et barrières de la décision Speak Up

Motivations	Barrières
Protéger le patient contre les dommages.	Estimation: le risque n'est pas assez élevé.
Protéger ses collègues d'erreurs éventuelles.	Ne pas vouloir ridiculiser ses collègues ou les mettre en porte-à-faux.
	Ne pas vouloir angoisser les patients.
	La réaction des personnes concernées ne peut pas être évaluée.
	Hierarchie, normes.
	Crainte des conséquences négatives (pour les relations sociales, sa propre «réputation».
	Résignation, frustration.

de celles qui vont attirer l'attention de leur supérieur sur le problème donné, même en étant par ailleurs convaincus du risque pour les patients. Des stratégies similaires ont été souvent rapportées par les professionnels en soins infirmiers. Il arrive aussi fréquemment que des préoccupations doivent être formulées à plusieurs reprises avant d'atteindre leur but (tableau 6, question 24). Ainsi, 38% des sondés déclarent par exemple devoir faire preuve d'une grande persévérance avant que leurs doutes relatifs à la sécurité d'un patient soient pris en compte. Résignation et frustration envers l'inefficacité de la communication sont des sentiments largement répandus (tableau 6, questions 10, 16).

Facteurs qui favorisent le non-dit

Afin de concevoir des mesures significatives et efficaces pour promouvoir Speak Up, il est important de comprendre les conditions dans lesquelles la communication des réserves en matière de sécurité est difficile, et lesquelles «favorisent le silence». Une analyse de régression fondée sur les résultats du sondage a révélé qu'un fort sentiment de sécurité psychologique au travail (se sentir soutenu et traité de manière équitable par ses collègues et ses supérieurs) ainsi qu'un haut degré de sensibilisation au bien des malades (se considérer soi-même comme un défenseur de la sécurité des patients) sont associés à une moindre fréquence des cas de silence (98). La majorité des personnes interrogées estime que de grandes aptitudes relationnelles ainsi que d'excellentes capacités de communication et d'adaptation sont indispensables pour exprimer ses préoccupations et ses doutes sécuritaires: ce ne sont pas des qualités faciles pour la plupart. Dans notre échantillonnage, nous avons également relevé des

différences significatives dans la perception de la sécurité psychologique entre les services. Même après un ajustement des caractéristiques des employés, ce facteur revêtait l'importance la plus élevée parmi les employés des services d'oncologie pédiatrique. De toute évidence, ces services parviennent donc mieux à établir certains styles de communication et une culture leur permettant d'aborder plus aisément les comportements sensibles.

Expériences avec Speak Up

Bien que les obstacles à l'évocation des comportements défaillants, du non-respect de consignes et des erreurs soient très importants, il est remarquable que de nombreux membres du personnel rapportent toutefois des expériences et réactions positives, lorsqu'ils ont choisi de pratiquer Speak Up. Ainsi, les préoccupations relatives aux réactions négatives que Speak Up pourrait susciter ne reflètent pas nécessairement un réel vécu désagréable au quotidien. Dans la plupart des rapports de cas issus de ces interviews, la personne à qui s'adressait Speak Up a réagi de manière constructive, s'est montrée reconnaissante et a corrigé son comportement en conséquence. Entre les médecins et les membres du personnel infirmier, certains domaines sont apparus dans lesquels différentes conceptions existent visiblement quant à la définition précise d'un «problème de sécurité» à aborder, et à ce qui est perçu comme une réflexion «suffisante», «tâtillonne» ou «exagérément pointilleuse». Cette «ligne de démarcation invisible» se retrouve dans plusieurs domaines et directives, notamment au sujet de l'hygiène, mais également lorsqu'il s'agit de l'exacte pesée d'un patient afin de calculer la dose de chimiothérapie requise ou quand on complète les ordonnances.

Tableau 6: Résultats des éléments choisis du questionnaire

Eléments du questionnaire	«Approbation en %»
F13 L'erreur ne doit pas être thématifiée si le risque encouru par le patient est faible.	17%
F4 Il faut disposer d'une certaine finesse pour attirer l'attention d'un supérieur hiérarchique sur sa possible erreur ou une situation délicate.	69%
F12 Trouver l'art et la manière de parler de ses doutes relatifs à la sécurité est parfois difficile.	49%
F17 Savoir si et comment signaler son erreur à un collègue plus expérimenté que soi est une décision parfois très difficile à prendre.	54%
F25 Dans le cas où un patient ou des proches sont présents, on ne doit jamais signaler une erreur à un collègue ou à un supérieur hiérarchique.	71%
F24 J'ai parfois besoin de beaucoup de persévérance avant de pouvoir faire entendre une préoccupation concrète quant à la sécurité d'un patient.	38%
F10 Il est frustrant de devoir toujours rappeler les mêmes règles de sécurité.	52%
F16 Voir que rien ne change même si l'on émet ses objections relatives à la sécurité des patients est parfois décourageant.	26%

Il existe des colonnes pour la chimiothérapie et d'autres pour la médication annexe. Ensuite, il peut arriver qu'on l'écrive [l'ordonnance pour un stéroïde] dans la colonne de la chimiothérapie. On vous le fait remarquer ... C'est sûrement très bien, toutefois je ne crois pas que cela représente un danger pour la sécurité. Quand j'oublie [de prescrire] quelque chose alors là oui, ça compte. Mais que je l'écrive ici ou là n'est pas très important. Une dizaine de patients attendent encore et si on commence à palabrer pour savoir à quel endroit précis il faut écrire, telle ou telle chose, cela peut me rendre un peu agressif, je l'avoue.
(Médecin-chef)

Dans certains cas, la communication des préoccupations de sécurité a entraîné de fortes réactions négatives ou des conflits ouverts au sein de l'équipe. Parmi les réactions destructrices à l'encontre de Speak Up, mentionnons que la non-observance des remarques reçues, sans correction de son propre comportement ou de son erreur, est encore plus fréquente. Ce Speak Up, improductif et inefficace dans les faits, et d'autant plus qu'il se répète, entraîne de forts sentiments de frustration et de résignation, de même qu'il réduit de manière significative la probabilité de futures prises de parole.

Au fil du temps, on finit par ne plus rien dire du tout ... Qu'est-ce que tu veux y faire? (Infirmière)

L'importance du contexte clinique et social

L'étude des interviews avait déjà permis de démontrer que les personnes préférant se taire dans une situation donnée étaient les mêmes que celles capables d'exprimer leurs préoccupations clairement et avec véhémence dans d'autres situations. Leur attitude dépend d'un contexte spécifique qui comporte non seulement des aspects cliniques (p. ex., un danger pour le patient, l'état de santé, etc.) mais aussi un cadre social (p. ex., hiérarchie des parties, nombre d'«observateurs», etc.). En fonction de ces caractéristiques, il faut choisir entre risques pour les patients (en gardant le silence) et pour la personne elle-même (en pratiquant Speak Up). L'importance des facteurs contextuels a été examinée dans le questionnaire par le biais des histoires de cas (protocoles) que nous avons soumis à l'évaluation des professionnels (illustration 2, voir chapitre «Procédure Méthodique» pour plus de détails).

Exemple de protocole (B-8, lot 1)

Vous vous trouvez avec plusieurs médecins et du personnel soignant en visite auprès d'une malade en oncologie. La chefe de clinique souhaite examiner la plaie de la patiente récemment opérée. La patiente et ses parents l'observent attentivement. La cheffe de clinique ne porte pas de gants et ne s'est pas désinfecté les mains.

Illustration 2: Exemple d'un protocole du sondage. Les parties soulignées indiquent les facteurs qui ont été modifiés de manière expérimentale. Par exemple, la «chefe de clinique» d'un protocole est devenue une «infirmière en chef» dans un autre.

Dans chaque protocole, les participants étaient invités à imaginer qu'ils observaient la situation décrite. Ensuite, ils devaient:

- mesurer le potentiel de risque auquel le patient décrit était soumis;
- indiquer à quel point il aurait été désagréable de faire part du risque aux collègues impliqués (évaluation affective);
- estimer la probabilité qu'ils parlent d'eux-mêmes de ces risques aux collègues; et
- préciser à quel point la décision pour ou contre Speak Up aurait été difficile pour eux.

Lors des protocoles, la majorité des participants a indiqué qu'ils choisiraient de parler à leurs collègues d'une situation risquée ou du non-respect des consignes. Cette propension varie cependant dans une large mesure selon le «cas», à savoir en fonction de la situation hypothétique, et à l'intérieur de celui-ci, selon la gravité des détails décrits (p. ex., le groupe professionnel des intervenants; la répétition de la survenance de l'incident) (37). En fonction de la manière dont les informations étaient conçues, les résultats ont montrés que:

- 74 à 96% des sondés parleraient à leur supérieur hiérarchique de son erreur de prescription;
- 45 à 81% indiqueraient à un collègue (médecin homme ou femme, personnel infirmier) que le protocole de désinfection des mains a été oublié avant l'auscultation d'une plaie;
- 82 à 94% diraient à un membre du personnel infirmier que le double contrôle d'une médication a été délibérément oublié;
- 59 à 92% remettraient en question l'attitude d'un confrère qui ne respecterait pas les consignes de sécurité lors d'une ponction lombaire.

Cette disposition à formuler des doutes relatifs à la sécurité varie en moyenne de 25% dans un même acte hypothétique, selon le mode de description de la situation. Par ailleurs, il est aussi apparu que de nombreuses personnes ressentent une gêne à l'idée d'informer leurs collègues de leurs préoccupations. Tous protocoles confondus, 31% des personnes interrogées indiquent qu'il leur serait désagréable de faire remarquer un danger potentiel à un ou une collègue. Cette proportion atteint son niveau le plus élevé, 42%, pour le cas du non-respect de la désinfection des mains.

Il n'est pas facile de signaler son erreur à un collègue, d'autant moins lorsqu'il se trouve à un échelon hiérarchique supérieur au sein de l'hôpital. Par exemple, des mesures d'hygiène des mains non appliquées, alors qu'elles constituent l'une des mesures préventives les plus importantes dans la médecine actuelle. Dans un tel cas, le plus simple est d'évoquer les «5 indications de l'hygiène des mains», soit les directives de l'OMS en la matière, puis de faire ensuite la remarque qu'une occasion de la pratiquer a été omise. Ne rien dire dans une telle situation représenterait une chance manquée pour la sécurité de nos patients. C'est pourquoi je soutiendrai chaque collaborateur qui osera dire ce qui est nécessaire.

PD Dr Jonas Marschall

Responsable de l'hygiène hospitalière, Clinique universitaire en infectiologie, Hôpital de l'Ile, Berne

Dans les évaluations d'histoires de cas et de propres comportements supposés, des différences frappantes ont pu être mises en évidence entre les personnes avec ou sans fonction de direction, un indicateur de la position hiérarchique dans le service (illustration 3): les personnes interrogées qui n'occupent pas de poste à responsabilités ont rapporté être plus rarement disposées à exprimer leurs préoccupations dans la situation décrite (symboles verts: certaines différences sont significatives selon la fonction occupée) et ont trouvé cela beaucoup plus inconfortable (symboles jaunes: de grands écarts selon le niveau hiérarchique). Les dirigeants des services hospitaliers doivent donc être conscients que même s'il n'est pas désagréable pour eux de formuler des commentaires critiques, cela peut représenter un problème pour une personne occupant une position hiérarchique inférieure. Les gens sans fonction de direction ont eu aussi plus de mal à décider de la manière de se comporter (symboles bleus: différences significatives entre les groupes). Fait intéressant, le potentiel de risque pour ce patient hypothétique a été évalué de manière équivalente par des personnes avec ou sans fonction de direction, et indépendamment de leur groupe professionnel (symboles rouges: aucune différence entre les personnes avec ou sans rôle de direction). Le fait que des personnes occupant une position hiérarchique inférieure n'expriment pas leurs préoccupations n'a donc rien à voir avec la non-reconnaissance du danger (ce qui pourrait s'expliquer par une expérience clinique plus courte). Le risque est appréhendé de manière similaire par les différents groupes (faible variation au niveau des évaluations du potentiel de dommages), mais la volonté personnelle d'intervenir activement est plus faible chez les personnes sans fonction de direction, dans la mesure où elles craignent plus les conflits avec leurs collègues et les relations problématiques en découlant.

Le facteur prédictif le plus important de notre modèle de régression pour l'expression de doutes est l'évaluation du potentiel de dommages de la situation pour les hypothétiques patients. Plus une situation est considérée comme «dangereuse», plus les personnes interrogées se disent enclines à s'exposer personnellement et à prendre la parole. La présence de plusieurs personnes lors de l'évènement réduit la probabilité que quelqu'un exprime ses préoccupations. Cela a été confirmé par les rapports dans les interviews. Ces derniers attestent que pour parler de leurs doutes, les professionnels évitaient les «discussions sur la place publique» autant que faire se peut et privilégiaient un Speak Up à huis clos. L'occurrence répétée de la transgression d'une règle conduit à ce que la disposition à insister sur la nécessité de respecter les directives diminue sensiblement. Si le protocole décrivait qu'un manquement au double contrôle prévu pour la médication avait déjà été évoqué et thématiqué, les personnes décidaient nettement moins souvent d'intervenir. De toute évidence, les professionnels interrogés ont vite «appris» que Speak Up est inefficace et ne vaut pas un tel effort par rapport au risque encouru. Cela illustre bien la manière dont une transgression des règles peut s'institutionnaliser pour devenir une «culture du silence» et finir par constituer la norme. Tant les entrevues que les réponses aux protocoles ont montré qu'une situation est particulièrement difficile à résoudre pour les professionnels: être témoin d'une action «à risque» alors que d'autres personnes qualifiées y assistent et que le patient est également présent et attentif. Cela génère un énorme conflit décisionnel pour, d'une part, protéger le patient contre d'éventuels dommages et, d'autre part, ne pas le déstabiliser ni compromettre ses relations avec l'équipe de soins. Un dilemme pour lequel il est difficile de trouver un équilibre et où le silence est souvent privilégié, particulièrement quand le temps manque.

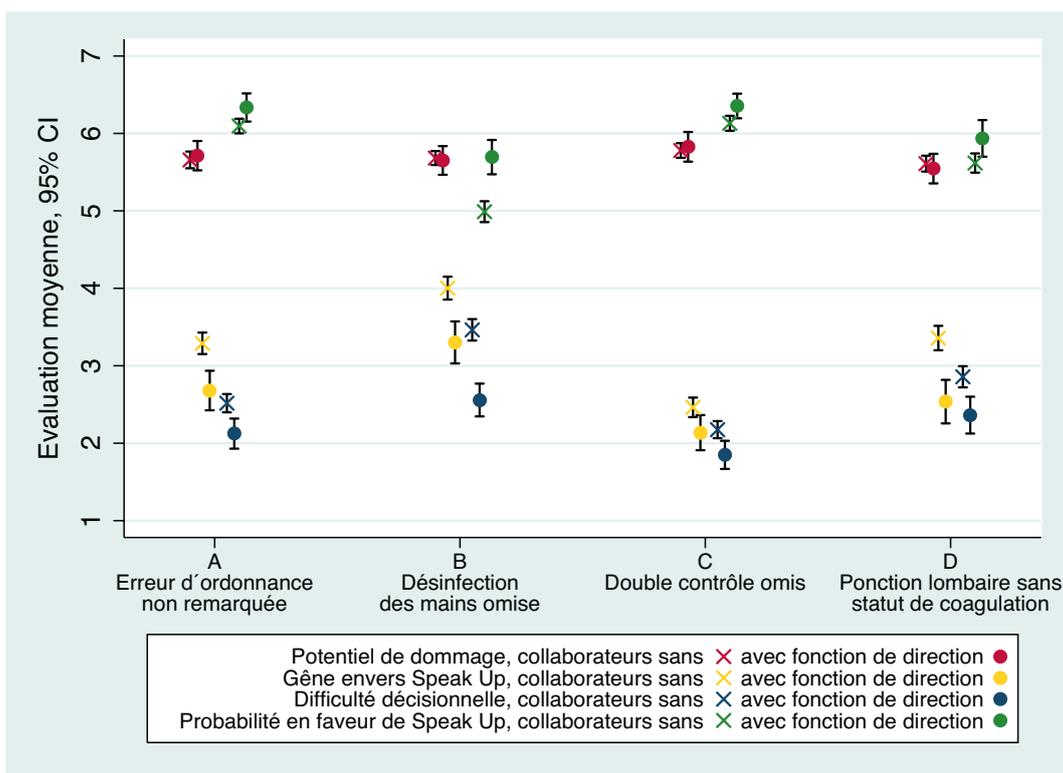


Illustration 3: Résultats des protocoles

2.4 CONCLUSION

Notre étude révèle que de nombreux membres du personnel hospitalier développent des préoccupations d'ordre sécuritaire au quotidien. Ils sont conscients des situations mettant en péril la sécurité des patients et des attitudes parfois incorrectes de leurs collègues. De cette façon, ces employés sont investis d'un potentiel capital pour améliorer la sécurité des patients. Les données indiquent que la rétention des doutes sécuritaires est un phénomène très répandu, même en oncologie, une branche non invasive de la médecine dans laquelle la communication comme la collaboration interprofessionnelle sont d'une importance de principe élevée. La plupart des hommes et femmes, médecins ou membres du personnel infirmier, ont eu l'occasion d'expérimenter les deux types de comportements: exprimer leurs préoccupations, leurs doutes ou poser leurs questions, mais aussi les garder pour soi. Ce silence peut s'expliquer par des facteurs individuels (âge, fonction, personnalité), des facteurs organisationnels (sécurisation psychologique, hiérarchie) et, par-dessus tout, par des facteurs issus de la situation (sujet, parties, patients, évaluation des risques).

Pour recourir à Speak Up, les personnes privilégient souvent les gestes et les mimiques par rapport à la parole. L'interlocuteur perçoit ces moyens de communication non verbale comme moins invasifs et moins intrusifs, ce qui augmente leur acceptation et permet finalement d'at-

teindre le but recherché. Cependant, des gestes et des mimiques peuvent être facilement ignorés, consciemment ou non. De plus, ils ne constituent pas toujours une forme de communication efficace. Protéger les patients de préjugés a priori évitables constitue une motivation dominante pour le personnel soignant, quitte à subir lui-même une situation désagréable ou perçue comme potentiellement dangereuse. Il reste problématique que l'expression des doutes sécuritaires ne se produit encore que très rarement au-delà des situations d'urgence. La valeur de Speak Up n'est pas encore considérée au-delà d'un cas individuel en tant qu'opportunité d'apprentissage ou d'amélioration. Les employés des hôpitaux, précisément ceux qui occupent des échelons inférieurs de la hiérarchie, ont besoin de signaux clairs de la part de leur direction pour réaliser que Speak Up est non seulement souhaité mais aussi attendu. Comme les situations mettant la sécurité en péril ont tendance à se développer souvent très rapidement, il n'est généralement pas possible de prendre le temps de réfléchir aux «mots adéquats». Au sein d'un service ou d'un cabinet médical, il peut donc être utile de convenir de formulations, de gestes ou de mots codes ni blessants ni insultants, qui seront acceptés par tous. La sécurité des patients ne pourra être améliorée que lorsque des erreurs, des problèmes de sécurité et des comportements à risque au sein des équipes seront abordés ouvertement et systématiquement, et que la normalisation du non-respect des directives pourra être évitée.

SPEAK UP EN CAS DE PRÉOCCUPATIONS RELATIVES À LA SÉCURITÉ – COMMENT SONT-ELLES GÉRÉES EN AVIATION MILITAIRE?

ENTRETIEN AVEC LE LIEUTENANT-COLONEL SCHNYDER, PILOTE MILITAIRE PROFESSIONNEL DANS L'ARMÉE DE L'AIR SUISSE, ET CHEF DU SERVICE SPÉCIALISÉ DE FORMATION EN SÉCURITÉ AÉRIENNE.

Speak Up et aviation militaire: à quoi pensez-vous dans un premier temps?

Chez nous, les bases du Speak Up sont posées dès la première heure de vol. Chacune d'elles est organisée selon un schéma clair, se composant d'un briefing, du vol en lui-même et d'un débriefing. Le débriefing est certainement particulièrement important pour notre culture du Speak Up. Sa structure est clairement définie, et toutes les personnes impliquées dans le vol y participent. Il s'agit notamment des questions suivantes: qu'est-ce qui était bien? Où des erreurs se sont-elles produites? Quels sont les «lessons learned» (enseignements issus de la pratique) à tirer de cette mission? Au cours de la formation, le débriefing fait l'objet de nombreux exercices, car il s'agit d'être capable de rechercher les causes des problèmes sans crainte aucune. Cette culture du débriefing est à la source de la confiance. Je ne dois pas avoir peur de me faire rabrouer si j'exprime un avis.

Hierarchie et Speak Up: est-ce d'actualité en aviation?

Dans un hélicoptère, nous essayons le plus possible de communiquer à niveau égal, en réduisant la hiérarchie. Certaines différences existent toutefois, comme entre un arrièrè et le pilote. Les pilotes doivent donc faire consciemment abstraction de la hiérarchie. Il incombe au capitaine de convier volontairement les autres à s'exprimer, par exemple: «Ecoute, Max, aujourd'hui, nous effectuons un vol ensemble. Si tu as le sentiment qu'il se passe quelque chose, il est très important que tu me le dises. Car même si tu as l'impression que nous maîtriserons la situation, il se peut que quelque chose m'ait échappé.» Il faut toujours que ce soit la personne de l'échelon le plus élevé qui invite les autres à s'exprimer. Un encouragement est nécessaire: «Si tu constates quelque chose, tu dois le dire.» Il n'en va pas autrement dans le cockpit. Ce n'est pas parce que nous y prenons place à deux que nous occupons automatiquement le même niveau. Par exemple, lors d'un vol avec un chef d'escadron alors que j'étais un jeune lieutenant, j'étais très respectueux mais je savais aussi que je pouvais toujours prendre la parole si nécessaire. Aujourd'hui, lorsque je pars avec d'anciens élèves devenus des membres de l'équipage, j'essaie toujours

d'aborder ce thème de manière ciblée. De même, le débriefing dépend étroitement du capitaine ou du responsable de mission. Il décide du systématisme du débriefing et son rôle est aussi d'encourager chacun à prendre la parole.

Comment parler aux personnes d'autres équipes?

Nous travaillons souvent avec des partenaires externes et constatons qu'un débriefing est beaucoup plus routinier pour nous que pour eux. Connaître ou non les personnes avec lesquelles on procède à un débriefing (p.ex. un partenaire externe) marque une différence. La confiance est présente lorsqu'on est familier d'une personne. On a conscience de ce qu'on a déjà traversé ensemble et qu'il ne faut pas faire une affaire personnelle de ce qui est dit. Savoir que l'on fait partie d'une équipe donne aussi la possibilité d'évoquer quelque chose ensemble et sans crainte. Il ne faut toutefois pas surestimer le fait de se connaître mutuellement.

Parler à des collègues – quand et comment?

Durant notre formation, l'un des thèmes importants que nous voulons transmettre et que nous essayons d'appliquer est celui du feed-back. Comment se donne un feed-back et comment le recevoir? En d'autres termes, comment puis-je exprimer un retour d'information ou une réaction sans que l'autre ne se sente remis en question? Dans ce contexte, nous communiquons aussi que l'intuition est une sorte de «drapeau rouge», soit le signal m'indiquant qu'il est temps d'aborder un sujet. Un tel signal peut survenir, par exemple, lorsque je ne me sens pas à l'aise, ou que je pense: «Ils vont être capables de gérer cette situation.» Voici un exemple de feed-back donné: je me trouve avec un pilote expérimenté dans le cockpit. La météo est en train de changer. Un sentiment de malaise m'envahit progressivement, mais compte tenu de l'expérience de l'autre, je pense qu'il va maîtriser la situation. Comment transmettre mon feed-back de manière optimale à l'autre? C'est extrêmement difficile. Plutôt que d'émettre une critique directe, telle que: «Tu es allé trop loin», on peut engager progressivement le dialogue et thématiser rapidement les conditions météorologiques. Par exemple: «Que penses-tu de l'évolution du temps?» Il s'agit aussi de transmettre des messages à la première personne: «Je ne me sens plus vraiment à l'aise. Penses-tu que nous devrions réduire notre vitesse?» Dans ce cas aussi, il m'incombe, en tant que supérieur hiérarchique, de convier mon interlocuteur à donner son

Je connais moi-même des situations dans lesquelles il est difficile de dire quelque chose.

Lieutenant-colonel Christian Snyder,

Chef du service spécialisé de formation en sécurité aérienne, pilote militaire professionnel, armée de l'air suisse

avis dans l'esprit d'une culture de feed-back franche et ouverte. Je peux m'exprimer ainsi: «J'essaie de faire de mon mieux, mais il est possible que je ne perçoive ou ne voie pas certaines choses. Merci de m'aider en me disant ce que vous pourriez remarquer, car nous sommes une équipe.» J'ai déjà vécu le fait de recevoir un feed-back qui a déclenché en moi un sentiment à la fois curieux et préoccupant. La personne qui s'exprime en est consciente mais ce n'est pas ce qu'elle recherche. Cela peut être une raison de ne rien dire.

Avez-vous déjà vécu la situation où l'on ne dit rien?

Avec la plupart des personnes, il est possible de parler franchement et de donner un feed-back. Dans certains cas, il est bien sûr extrêmement difficile d'éviter que les autres n'en fassent une affaire personnelle ou n'adoptent une attitude défensive. On préfère alors ne rien dire afin d'éviter un trop grand conflit. Le silence vise souvent à protéger son bien-être personnel. S'il était question de notre propre sécurité, on trouverait certainement le courage de s'exprimer, mais lorsqu'on estime qu'un feed-back pendant le débriefing ne peut qu'affecter l'humeur de chacun sans rien n'apporter de plus, on préfère se taire. La perception des dangers joue un rôle important dans ma décision de prendre ou non la parole. Si, par exemple, je remarque un écart par rapport aux standards, la manière dont j'estime le risque dépend fortement de mon expérience personnelle. En estimant cet écart comme bénin, et en ne disant rien pendant longtemps, je finis par contribuer à cette situation, et il deviendra toujours plus difficile d'en parler par la suite. Dans l'aviation, une raison majeure de pratiquer Speak Up réside aussi dans le fait que certaines situations mettent notre propre vie en danger. Et là, chacun réagit autrement que lors des cas n'ayant aucune répercussion personnelle, d'où une tentation beaucoup plus grande de ne rien dire.

Qu'est-ce qui est nécessaire pour la réussite de Speak Up?

Tout commence par le devoir de la personne hiérarchiquement la plus élevée ou la plus expérimentée de créer une bonne ambiance dans laquelle tous se sentent à l'aise. Cette personne doit avoir conscience des influences positives et négatives de ses actes. Dans un esprit de confiance et de respect réciproques, s'exprimer est plus facile. Il est aussi important que le Speak Up soit lancé dans une situation donnée par la personne de niveau hiérarchique supérieur. Comme nous l'avons déjà abordé, il est souvent plus aisé de parler dans un contexte familier, alors que la confiance mutuelle est plus grande. Toutefois, le fait même de se bien connaître peut être problématique, dans la mesure où les scrupules qui favorisent le silence peuvent alors s'accroître. Il faut clairement aborder cet aspect des choses.

Un autre élément est important: il faut que le sujet reste en discussion, que les formations soient répétées, afin d'assurer, dans la mesure du possible, la présence à long terme de Speak Up. Des phrases telles que: «Restes-y particulièrement attentif lors de la prochaine mission!» sont aussi un bon moyen d'avancer dans cette direction. Une autre condition à la réussite de Speak Up est assurément que «tous parlent de la même chose», c'est-à-dire que chaque personne dispose d'une compréhension analogue de ce qui motive Speak Up, de la manière de le pratiquer et de donner un feed-back. Les collaborateurs doivent également savoir que le système les soutient lorsqu'ils pratiquent Speak Up. L'engagement en faveur de Speak Up doit être présent du haut vers le bas. Cela peut s'exprimer au moyen d'une «Safety Policy», un document imprimé relatif à la politique de sécurité, signalisant que Speak Up est un objectif encouragé à long terme. Pour notre organisation, en voici quelques aspects centraux: nous sommes une organisation perfectible; il est toujours possible d'apprendre et de s'améliorer; nous sommes une organisation à haut risque; des erreurs se produisent et elles sont riches en enseignements; lorsqu'une erreur se produit, cela n'entraîne pas de sanction.

A notre avis, il est aussi important d'impliquer les cadres moyens et de faire en sorte qu'ils soutiennent et appliquent Speak Up, car ces personnes sont des multiplicateurs de grande importance. Elles sont à même de tout transmettre et de soutenir leurs collaborateurs exposés. A l'inverse, en fonction de leur rôle et position, elles peuvent également entraver bien des choses.

2^e partie

Speak up

Speak Up, mais comment?

- 4 AVANT DE CONTINUER VOTRE LECTURE ...
- 5 CRÉER UNE BONNE BASE
- 6 QUAND ÇA COMPTE VRAIMENT: SPEAK UP DANS UNE SITUATION CONCRÈTE
- 7 PARLER, MÊME APRÈS COUP
- 8 VOUS POURRIEZ COMMENCER DÈS DEMAIN

SPEAK UP, MAIS COMMENT?

Il existe des situations concrètes, lors desquelles il n'est pas toujours facile de poser des questions en cas de doute, d'exprimer des réserves ou d'émettre des idées, et cela même lorsque le risque pour le patient concerné est clairement discernable. Cette expérience est partagée au même titre par le personnel soignant et les médecins, les employés disposant d'une longue expérience et leurs jeunes collègues. Diverses raisons expliquent pourquoi il est souvent très difficile d'aborder les autres.

Les chapitres précédents ont pour but de montrer les barrières existantes à des niveaux très différents, ainsi que les facteurs qui favorisent Speak Up. Le fait d'aborder ou non nos doutes relatifs à la sécurité dépend de facteurs individuels, d'équipe, du contexte des situations ainsi que d'aspects relatifs à l'organisation dans son ensemble. Au fil de cette deuxième partie, nous souhaitons compléter les «aides à Speak Up» présentées dans le chapitre 1, soumettre d'autres propositions, indications et idées – le plus concrètement possible – relatives à la manière de considérer Speak Up au quotidien et aux éléments capables de l'encourager. Ces considérations se fondent sur

des expériences vécues, des études, des exemples tirés de la littérature dite «grise» et des entretiens avec des professionnels.

Il ne s'agit ni de réaliser un recueil complet ni d'édicter une conception générale applicable au même titre à toutes les situations et dans toutes les organisations. Tous les aspects présentés ne concerneront pas chaque lecteur au même titre et ne seront pas applicables de la même manière.

Nous voulons plutôt présenter une compilation de possibilités et d'informations qui – comme dans un système modulaire – pourraient être adoptées par les individus au sein de l'équipe, par les soignants au chevet des malades ainsi qu'au niveau de la direction, individuellement ou dans leur ensemble.

Cette deuxième partie met clairement en évidence que les personnes travaillant dans les établissements de santé peuvent contribuer au renforcement de la sécurité des patients grâce à Speak Up, indépendamment du poste qu'elles occupent, à différents moments et de manières très variées.

Jamais je n'oublierai le jour où j'ai assisté mon chef pour une orchidopexie, alors que j'étais en stage en chirurgie pédiatrique. Même si j'avais déjà participé à une telle opération plus d'une douzaine de fois, ce jour-là tout était différent. D'une certaine manière, j'avais le sentiment que mon chef n'était pas vraiment concentré, et que peut-être, pendant la préparation du cordon spermatique, il pensait à autre chose. Quoi qu'il en soit, je pouvais observer que le tissu devenait toujours plus mince, à un point encore jamais vu pour moi. Bien que très étonné, je suis resté silencieux. Et puis vint le moment terrible où le cordon spermatique se rompit, séparant le testicule qui resta dans la main de l'opérateur.

Je me souviens encore très bien à quel point je me suis senti mal, et aujourd'hui, je le ressens encore comme à l'époque. Pendant plusieurs minutes, j'ai vu le malheur qui allait arriver, mais ma timidité, le respect ou la crainte, que sais-je, m'ont empêché de faire part de mon observation. Si je l'avais fait, une tragédie aurait été évitée pour cet enfant et sa famille, mais également une terrible situation pour mon chef. Je n'ai pas osé prendre la parole!

Aujourd'hui, je suis convaincu qu'à l'époque, si l'on m'y avait encouragé activement, j'aurais fait part de mes réserves. Ou même encore: si j'avais senti que je me trouvais en présence d'une culture m'accordant, en ma qualité d'interne, le droit d'exiger une «pause», cet incident aurait pu être évité.

Dr med. Claude Oppikofer

Spécialiste FMH de chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, Montreux

AVANT DE CONTINUER VOTRE LECTURE ...

... NOUS VOUS INVITONS À CONSACRER UN INSTANT À DEUX QUESTIONS

4.1 PARLER PLUS SOUVENT DE SES DOUTES OU DE SES PRÉOCCUPATIONS SÉCURITAIRES À SES COLLÈGUES ... ÊTES-VOUS PLUTÔT DUBITATIF?

Le thème de Speak Up suscite toujours des objections analogues. Par exemple: «Dans ce cas, nous ne ferons plus que discuter ...» «Si c'est nécessaire, d'accord pour Speak Up, mais seulement en présence d'un risque réel pour le patient.» De telles objections sont compréhensibles et ce type de pensées vous a peut-être effleuré à l'occasion.

Nous aimerions aborder ici les différentes critiques qui ont été formulées par des professionnels de la santé, et leur soumettre nos réponses.

«Dans ce cas, nous ne ferons plus que discuter et n'aurons plus le temps de travailler.»

- Il est clair que les professionnels des établissements de santé travaillent tous en étant pressés par le temps et qu'ils n'en ont pas à consacrer à de longs débats. Toutefois, Speak Up est en général concis. Tendre la solution désinfectante à son collègue ne prend que quelques secondes. Poser une question supplémentaire importante et y répondre dure peut-être une minute. Même si cela prend plus de temps, ces minutes sont très bien investies si elles permettent de préserver le patient d'un dommage. Et de toute façon: corriger des erreurs a posteriori ou trouver la solution à un problème établi peut prendre beaucoup plus de temps.

«Ainsi, nous courons le risque que tout soit toujours remis en question et doive être justifié.»

- Speak Up se réfère à des moments durant lesquels la sécurité des patients est concrètement mise en danger, lorsque par exemple des règles de sécurité sont enfreintes. Mais Speak Up ne signifie pas la remise en question systématique de chaque procédure, de chaque action ou de chaque consigne ni qu'elles doivent être justifiées. Un tel questionnement «de principe» témoigne d'une insécurité certaine vis-à-vis des règles et des standards, qui devra être alors clarifiée.

«C'est plus facile à dire qu'à faire.»

- C'est vrai. Et c'est la raison pour laquelle cette deuxième partie présente des possibilités et des idées pour utiliser et encourager Speak Up au quotidien. Nous vous recommandons simplement d'en faire l'essai. En effet, comme dans d'autres domaines de la vie: «C'est en forgeant qu'on devient forgeron.»

«Je n'ai pas la certitude que les autres, notamment nos chefs, trouveraient cela bien.»

- A cette remarque, nous répondons par une contre-question: avez-vous souvent véritablement eu des problèmes avec vos collègues ou vos supérieurs hiérarchiques lorsque vous avez exprimé vos réserves? Les situations au cours desquelles les autres ont réagi de manière constructive ne représentent-elles pas une majorité? C'est du moins le fruit de l'expérience de nos interlocuteurs, questionnés au cours de l'étude (cf. chapitre 2).

«Si c'est nécessaire, d'accord pour Speak Up, mais en se limitant à aborder les collègues en présence d'un risque réel pour le patient.»

- Cette question se fonde sur l'hypothèse que nous sommes toujours en mesure d'évaluer la présence d'un risque potentiel et lequel, pour un patient, résultant d'un acte peu sûr. Une telle hypothèse peut être considérée d'un œil critique. Est-ce vraiment toujours possible? Sommes-nous capables, en quelques secondes, de déceler que telle ou telle mesure de sécurité oubliée n'aura aucune conséquence indirecte pour le patient? Est-il vraiment approprié de fonder notre décision en faveur ou en défaveur de la formulation de doutes et de réserves sur une telle estimation des risques effectuée en quelques secondes?

«Ne serait-il pas mieux de recourir à des solutions techniques plutôt que de s'en remettre au Speak Up des personnes?»

- Il va de soi que de bonnes «glissières de sécurité» techniques peuvent être très efficaces et probablement exclure entièrement certaines erreurs. Pensons notamment aux armoires à pharmacie permettant seulement la remise de médicaments sur la base d'une ordonnance électronique. Toutefois, de telles solutions techniques ne peuvent pas être appliquées à tous les problèmes de sécurité, et un comportement à risque ne peut pas être évité par ce biais. De même, il reste toujours possible de «contourner» la technique par des trucs et des astuces. En cas de doutes, Speak Up reste donc une mesure de sécurité importante dont l'objectif est de réduire les risques pour les patients.

4.2 COMMENT ESTIMEZ-VOUS VOTRE PROPRE COMPORTEMENT SPEAK UP ET CELUI AU SEIN DE VOTRE ÉQUIPE OU DE VOTRE SERVICE?

	Comment répondriez-vous aux questions suivantes?	Réponses possibles
A	<p>Vous arrive-t-il parfois d'observer un comportement dangereux, des décisions problématiques ou des atteintes aux règles de sécurité d'un de vos collègues sans lui en parler?</p>	<p>«Je connais cela. Et je me tais trop souvent. Par exemple en présence d'un patient. Ou lorsque j'ai l'impression qu'il ne vaut pas la peine d'en parler afin d'éviter que l'ambiance ne s'altère.»</p>
B	<p>Questions aux médecins responsables: est-ce que vos collègues s'adressent à vous s'ils ont l'impression que votre comportement ou vos décisions remettent en cause la sécurité d'un patient?</p> <p><i>Extrapolation:</i> Que se passerait-il si vous souhaitiez examiner la plaie d'un patient récemment opéré, en oubliant le port des gants et sans vous désinfecter les mains au préalable? Quelqu'un du groupe serait-il susceptible de vous le faire remarquer à temps?</p> <p>Questions au personnel soignant très expérimenté ou chargé de direction: dites-vous quelque chose à vos collègues de l'unité lorsque vous avez observé un acte présentant un risque pour la sécurité d'un patient?</p> <p><i>Extrapolation:</i> Que se passerait-il si vous entriez sans masque dans la chambre d'un patient à l'isolement en raison d'un éventuel norovirus, afin de discuter rapidement avec lui? Les collègues ayant observé votre comportement vous diraient-ils quelque chose?</p>	<p>«Sincèrement, je n'ai pas la certitude qu'ils m'en parleraient.»</p>
C	<p>Avec vos collègues, choisissez-vous parfois des moyens détournés afin d'exprimer vos doutes quant à la sécurité, plutôt que les aborder directement? Comme parfois «dissimuler» vos réserves sous couvert de message CIRS dans votre service/unité?</p>	<p>«Il y a souvent des messages qui n'ont rien à faire en CIRS, car ils constituent en fait des indications pour une seule personne.»</p>

> Ces réponses, ou d'autres, analogues, sont l'indice que l'on pourrait exploiter encore mieux Speak Up en tant que ressource pour la sécurité.

CRÉER UNE BONNE BASE

DIFFÉRENTS ASPECTS CONTRIBUENT À L'EXISTENCE, DANS UNE ORGANISATION OU UNE ÉQUIPE, DE BASES SOLIDES POUR UNE DISCUSSION OUVERTE TRAITANT DES DOUTES ET DES QUESTIONS RELATIVES AUX RÉSERVES EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ. ILS REPRÉSENTENT, DANS UNE CERTAINE MESURE, UN CADRE GÉNÉRAL POUR SPEAK UP DANS UN HÔPITAL. EN PLUS DE LA PRIORITÉ ACCORDÉE À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS EN GÉNÉRAL, CES ASPECTS SONT:

- l'acceptation généralisée que Speak Up est important et souhaité;
- la représentation commune au sein de l'équipe ou du service du moment et de la manière d'émettre réciproquement les doutes et les réserves;
- le sentiment de sécurité, au sens psychologique, permettant d'aborder ouvertement les doutes;
- la présentation de bons exemples;
- la motivation et l'autorisation de pratiquer Speak Up.

5.1 APPROCHE GLOBALE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT: SPEAK UP EST IMPORTANT ET SOUHAITÉ

Afin d'encourager les collaborateurs et les collaboratrices des hôpitaux à émettre ouvertement leurs doutes et réserves quant à la sécurité des patients, un tel comportement devrait être clairement encouragé par le plus grand nombre de personnes et de niveaux de l'organisation. C'est-à-dire que dans l'entreprise, un consensus doit dominer dans le sens qu'il est important et juste d'exprimer ouvertement ses réserves et ses doutes (99). Au sein d'une organisation, Speak Up doit être compris comme étant un excellent moyen d'apprentissage, et non l'expression de critiques ou de réclamations (5). Une fois qu'une telle acceptation est largement établie, et que des expériences positives ont été réalisées dans le fait d'aborder et de poser des questions en cas de doute ainsi que de soumettre des idées, il devient possible de développer une culture du Speak Up capable de s'exprimer sous forme de comportement Speak Up concret dans les services et les unités. A l'inverse, garder le silence en cas d'actes peu sûrs présente le risque qu'une tolérance s'installe avec le temps, que les dérogations aux règles et le non-respect

des standards de sécurité deviennent la norme («normalization of deviance»), (100; 101). Et lorsque l'expérience nous apprend que Speak Up ne provoque aucun changement dans une situation donnée, il en résultera une résignation et des non-dits plus fréquents dans le futur (cf. chapitre 2).

Les voies et les moyens aux niveaux d'organisation respectifs diffèrent pour créer une base commune de compréhension et accorder à ce thème l'importance qu'il mérite au sein de l'entreprise.

- **Campagne:** à l'aide de posters, de manifestations, d'informations dans l'intranet, ou d'articles dans un magazine d'hôpital, l'importance de Speak Up au sein d'un établissement défini peut gagner en visibilité. En plus de l'importance générale de Speak Up en tant que ressource pour la sécurité, une campagne peut thématiser la confrontation de ses inconvénients à court terme (p. ex. surmonter sa propre réticence, la colère d'un collègue) et ses bénéfices à long terme (p. ex. réduction des risques pour les patients concernés, potentiel d'apprentissage en vue des situations futures). Il est aussi possible de faire part des expériences personnelles de collègues de l'hôpital (p. ex. un médecin illustre un cas concret lors duquel un risque a pu être évité grâce à l'emploi de Speak Up par une collègue infirmière).
- **Stratégie d'entreprise:** le thème de Speak Up gagne singulièrement en importance lorsqu'il est intégré à la stratégie d'entreprise ou à ses manuels. Différentes mesures internes (p. ex. une campagne ou une nouvelle offre de formation continue) peuvent résulter d'un tel ancrage thématique. Exemple d'une telle déclaration de principe d'un hôpital américain: «Any Red Flag, or potentially unsafe or non-standard situations shall be brought to the attention of the team and team leader in a respectful but assertive manner» (102). («Chaque 'drapeau rouge' – situation de non-respect potentiel de la sécurité ou sa non-standardisation – doit être communiqué à l'équipe ou à sa direction de manière respectueuse mais

Nous nous engageons depuis longtemps afin d'inciter le personnel soignant à annoncer des événements indésirables dans le CIRIS. Grâce à cela, notre culture est en voie de changement, et notre institution est désormais prête à aborder la phase suivante. Notre but est d'encourager les collaborateurs à s'exprimer en présence d'un risque réel ou potentiel pour la sécurité des patients, afin d'éviter la survenue d'événements non souhaités ou critiques.

Prof. Dr med. Jean-Blaise Wasserfallen
Directeur médical, CHUV Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

ferme.») Dans une stratégie d'entreprise, il est en outre possible de parler de la protection des collaborateurs qui appliquent Speak Up.

- **Faiseurs d'opinion:** les personnes dont le rôle est central, écoutées et respectées par de nombreux collaborateurs dans un hôpital, sont représentatives du thème dans différents contextes (p.ex. formations continues, manifestations, écrits publiés).
- **Information des nouveaux collaborateurs:** en plus de la présentation des principes de base de l'établissement lors de la prise de fonction de nouveaux collaborateurs, l'importance de Speak Up au sein de l'hôpital est mise en évidence, de manière que les nouvelles personnes soient attentives à ce thème dès leurs débuts et qu'elles sachent qu'il est souhaité d'aborder ouvertement les doutes en matière de sécurité.
- **Sondage des collaboratrices et des collaborateurs à propos de l'ambiance Speak Up:** différentes questions relatives au thème de Speak Up peuvent aussi être abordées lors d'un sondage dans l'établissement (103). Un tel procédé permet, d'une part, d'analyser la situation, par exemple, en relevant à quel point le personnel est encouragé ou sécurisé pour exprimer ses doutes. En répétant plusieurs fois un tel sondage, on peut obtenir une forme de surveillance de l'ambiance Speak Up dans l'établissement, et déceler les modifications temporelles ou contextuelles des modifications appliquées. D'autre part, un sondage permet la perception claire de la grande importance de Speak Up dans l'organisation, tout en constituant une première intervention dans le sens d'une sensibilisation des collaboratrices et collaborateurs pour ce thème.

5.2 UNE PRÉSENTATION COMMUNE DE SPEAK UP DANS L'ÉQUIPE

Speak Up est facilité et coule de source lorsque, sur la base de connaissances et d'hypothèses communes, les personnes impliquées agissent de concert, c'est-à-dire qu'il existe au sein de l'équipe une concertation relative à la manière et au moment qui seront opportuns pour aborder les réserves ou les doutes en matière de sécurité (104). Une telle compréhension commune d'une situation ou d'une tâche est aussi désignée par «Team Mental Model» ou «Shared Mental Model» (soit un modèle mental commun) (105). Le développement de Team Mental Models ou modèles mentaux pour l'équipe dépend étroitement des échanges entre les membres de l'équipe à propos du thème dont il est question.

Pour l'encouragement de Speak Up, cela signifie, par exemple, que dans la mesure du possible, les collaborateurs des unités ou services se mettent d'accord quant à la manière de procéder et aux situations dans lesquelles il s'avère judicieux d'émettre des réserves; ou dans le cas contraire, lorsque cela pourrait être inapproprié, de garder les réflexions pour eux et de ne les communiquer que plus tard (104) (cf. à ce propos les chapitres 6 et 7).

Lorsque de telles conventions existent au sein d'une équipe, il est plus facile pour tout un chacun de savoir quand et dans quel objectif une stratégie de communication définie s'applique (6), telles les techniques décrites, par exemple, dans le chapitre 6. Cela implique également que tout le monde ait conscience du fait que le bien du patient est placé au centre d'une situation Speak Up, et qu'il ne s'agit ni de remettre en question le respect et la confiance réciproques dans le travail des autres ni d'exprimer des critiques, même lorsqu'une question est posée ou une indication donnée.

Une compréhension commune du moment et de la manière d'appliquer Speak Up peut être développée en petits groupes tels que l'équipe soignante d'un service.

- Exemple: l'équipe soignante discute d'une formulation spécifique qui sera toujours employée en présence d'un patient ou d'un proche lors d'une situation Speak Up, et qui permet d'écarter un instant les collègues concernés du lit du patient le plus discrètement possible pour un court entretien.

Et même des groupes plus importants devraient avoir une idée commune du comportement Speak Up souhaité, en particulier lorsqu'ils sont appelés à collaborer régulièrement.

- Exemple: le manque d'hygiène pour les mains est un thème récurrent lors des visites. La direction de l'unité de soins a ouvert le dialogue à ce propos avec le médecin-chef. Ils ont décidé ensemble que, désormais, le personnel soignant devait tendre spontanément un produit désinfectant aux médecins s'il constate que la désinfection des mains avait été oubliée, notamment avant l'examen d'une plaie. Pour qu'une telle convention relative à un geste Speak Up puisse être appliquée et fonctionne bien, tout le personnel soignant et les médecins doivent en être informés.

Au cours d'un entretien commun, relatif aux situations Speak Up pertinentes et au comportement Speak Up souhaité, les incertitudes ou les ambiguïtés vis-à-vis des règles et des standards, ou les diverses évaluations de ce qui peut constituer une pratique dangereuse, deviennent perçues plus claires. D'éventuelles différences de perception ou de connaissances au sujet de certains déroulements ou de manières de procéder deviennent également perceptibles par ce biais. Plus les standards appliqués à certaines méthodes sont incertains et peu clairs, plus les collaboratrices et les collaborateurs auront du mal à exprimer leurs réserves en matière de sécurité. La clarification d'éventuelles ambiguïtés représente donc une contribution importante à la compréhension commune et à un surcroît de Speak Up au sein de l'équipe.

- Exemple: en présence d'une directive interne n'admettant plus les ordonnances téléphoniques, il est plus facile à une infirmière de demander au médecin-chef une ordonnance écrite. Faute d'un tel standard, cela pourrait être beaucoup plus difficile, selon la situation.

5.0

5.3 ENCOURAGER, APPUYER ET SOUTENIR

Des études démontrent que les collaborateurs qui éprouvent un sentiment de sécurité psychologique à leur poste de travail sont plus enclins à parler de leurs doutes en matière de sécurité (14; 98; 106) (cf. chapitre 1.3). La sécurisation psychologique («psychological safety») signifie que dans leur environnement, les collaboratrices et les collaborateurs abordent leurs doutes ou admettent leurs erreurs avec plus de confiance, sans crainte de sanctions ou d'autres réactions négatives (p.ex. susciter des moqueries ou un sentiment de rejet) (32).

Un tel sentiment de sécurité prend naissance, par exemple, dans le fait que les personnes dirigeantes montrent l'importance qu'elles accordent aux indications de leurs collaborateurs, et qu'aucune conséquence négative n'en résultera (107). Insister sur le fait que Speak Up est souhaité, ainsi que l'appui des supérieurs hiérarchiques dans les situations de Speak Up difficiles encourage le personnel à aborder ouvertement ses doutes quant à la sécurité (30; 108).

Mais comment le concrétiser au quotidien? Les exemples ci-après vous présentent quelques possibilités.

- Exemple: une situation risquée, pour laquelle le dénouement dépend de Speak Up.
Dès le début de l'opération, le chirurgien demande à son équipe de le rendre attentif à des situations ou à des risques critiques: «Vous le savez déjà, mais j'aimerais vraiment que vous me communiquiez toute chose qui ne serait pas en ordre. Il peut arriver à chacun de manquer un détail. Merci de m'en parler si ça devait arriver.»
- Exemple: de nouveaux collègues, un remplaçant ou le service de consultation.
Un «novice» arrive dans l'unité et dit d'emblée: «Je suis nouveau ici, et ne connais pas toutes les règles et les habitudes de l'unité (p.ex. dans quelles situations un masque doit être porté). Merci d'attirer mon attention si je passe à côté de quelque chose ou si vous constatez un problème.»

- Exemple: appui par le supérieur hiérarchique.
Un médecin-chef à son équipe de soignants, dans un hôpital pédiatrique: «Je sais que, parfois, il peut être difficile pour vous de devoir rappeler à un médecin consultant nos règles d'hygiène pour les patients à l'isolement. N'hésitez pas à faire appel à moi si je peux vous soutenir pour en aviser ces collègues.»

Un responsable d'unité à son équipe: «J'ai conscience que s'adapter à la rotation constante des médecins-assistants n'est pas facile. Et précisément lorsqu'on ne connaît pas bien quelqu'un, on n'est pas forcément enclin à dégrader d'emblée notre relation avec de nouveaux collègues en abordant des doutes sécuritaires. Il est pourtant nécessaire que vous le fassiez. Venez me trouver si cela devenait difficile, je pourrais alors en discuter avec les nouveaux assistants.»

- Exemple: instructions à une équipe (p.ex. rapport, séance d'équipe, transmission de service).
Pour commencer la discussion interprofessionnelle, la médecin-chef s'adresse aux participants du corps médical, aux soignants et aux thérapeutes: «Il est important pour moi que chacun d'entre vous prenne la parole en cas de doutes relatifs à la décision de la suite d'une procédure. Nous comptons sur des réactions de tous et je serai reconnaissante si les soignants, les médecins-assistants et les thérapeutes avaient eux aussi des remarques à formuler.»

La direction d'unité lors de la séance d'équipe: «La semaine dernière, nous nous sommes trouvés dans la situation où il fallait remettre dans son lit une patiente qui risquait de tomber. La collègue a quitté la chambre sans raccorder la descente de lit de sécurité. Une autre employée se trouvant dans la chambre l'a remarqué. Elle a donc branché ce tapis et en a parlé à sa collègue. Il est vraiment important que nous nous parlions en cas de dysfonctionnement. Il peut arriver à tout le monde d'oublier quelque chose. La communication est d'autant plus essentielle lorsque les choses ne se déroulent pas comme elles devraient. Une chute aurait eu de graves conséquences pour cette patiente.»

Les médecins-assistants ont souvent des difficultés à s'imposer face à des personnes hiérarchiquement supérieures d'autres domaines ou groupes professionnels. Dans de tels cas, il est toujours utile de leur faire comprendre au préalable qu'ils peuvent toujours s'adresser à leur supérieur hiérarchique direct. Nous devons assurer notre appui aux médecins-assistants lors de situations difficiles, et prendre nos responsabilités de supérieur hiérarchique.

Dr med. Agnes Genewein

Cheffe de clinique en néonatalogie, Hôpital pédiatrique universitaire des deux Bâles

5.4 MODÈLES

L’empreinte et la socialisation professionnelle, laissées par exemple à des personnes en formation dans un établissement, s’effectuent le plus souvent sous forme non verbale, par l’observation, l’imitation et la pratique. Grâce à des modèles de rôles et des activités communes, des connaissances tacites sont transmises, relatives aux habitudes, aux modes comportementaux, aux normes et aux règles d’usage dans cette fonction (109; 110). L’importance de ces modèles est également bien connue dans le domaine de la santé. Preuve en est qu’un médecin-chef qui se désinfecte les mains à chaque visite, avant d’entrer dans la chambre des patients, incite d’autres médecins à en faire de même (111).

Un exemple de la manière dont des modèles sont susceptibles d’influencer le comportement Speak Up est présenté par l’expérience suivante, réalisée avec des passants qui faisaient la queue devant un cinéma (112):

1^{re} scène (aucune fonction de modèle)

Il est demandé à un étudiant de se glisser dans la file.

Résultat: personne ne dit rien.

2^e scène (modèle négatif)

Un étudiant passe devant une personne faisant partie de l’étude. Celle-ci se fâche et dit: «Hé, toi, arrête de resquiller!» L’étudiant prend alors place à la fin de la queue. Une minute plus tard, un deuxième étudiant arrive et essaie aussi de se glisser dans la file.

Résultat: aucune réaction, bien que les personnes en attente aient pu observer quelqu’un appliquer Speak Up.

3^e scène (modèle positif)

Des étudiants s’introduisent à nouveau dans la file. Une personne faisant partie de l’étude réagit de manière diplomatique, en disant: «Excusez-moi, mais vous ne l’avez peut-être pas remarqué: nous attendons ici depuis 15 minutes.» Après cela, le resquilleur s’excuse et se rend au bout de la queue. Une minute plus tard, une autre personne se glisse à proximité de ceux qui attendent et qui ont observé le modèle positif.

Résultat: plus de 80% des personnes de la file qui ont pu observer une communication Speak Up efficace et positive disent quelque chose, utilisant les formulations qu’elles ont entendues de leur modèle.

L’expérience suivante permet aussi de tirer des conclusions relatives à l’établissement de Speak Up à l’hôpital: des modèles de rôles positifs représentent une possibilité d’intégrer de nouveaux comportements (cf. aussi l’étude relative à l’hygiène des mains). Une observation quotidienne de comportements Speak Up positifs et couronnés de succès (p. ex. de bonnes formulations ou des gestes utiles dans le cadre d’une visite ou d’un rapport) est susceptible de contribuer, dans une autre situation, à ce que les collaboratrices et les collaborateurs communiquent aussi de cette manière ou de façon analogue leurs réserves et leurs doutes. En outre, les personnes en charge de direction, qui font office de modèles, soulignent l’importance qu’elles accordent à Speak Up non seulement par des mots mais aussi par des gestes.

Certaines conditions sont nécessaires à cela. D’une part, seules des formulations positives ou des modes de comportement constructifs tiennent lieu de modèles positifs. D’autre part, il faut donner l’occasion aux autres d’être les témoins de cas où des réserves sécuritaires sont abordées, c’est-à-dire que les modèles doivent être observés dans une situation mettant en scène plusieurs personnes.

Mais les modèles peuvent aussi exercer des effets moins positifs. Lorsque, par exemple, des risques pour la sécurité ne sont pas abordés régulièrement, et que la réaction observée face à un comportement risqué n’est que le silence, il peut arriver qu’un tel comportement soit reproduit. A terme et selon le climat au sein de l’organisation, il se crée une sorte de silence collectif («organizational silence») (113).

Si, dans une organisation, un climat de silence se met en place en réponse à un mode de comportement risqué ou à des infractions à des règles, ces deux attitudes seront tolérées d’une certaine manière. Au fil du temps, une accoutumance à de telles dérives de la pratique sûre risque de s’installer, au sens d’une normalisation des écarts («normalization of deviance») (100; 114). Un standard pourra alors s’installer, à l’encontre des règles. En revanche, une culture de Speak Up, soutenue et représentée par des modèles de rôles positifs, peut contrer un tel développement.

5.0

5.5 MOTIVER ET FAVORISER

Deux dimensions sont importantes pour encourager Speak Up dans le travail quotidien. Il s'agit, d'une part, d'accroître la motivation pour Speak Up et, d'autre part, de renforcer les facultés («skills») nécessaires (11; 99; 115).

La motivation à recourir à Speak Up peut notamment résulter des récits d'expériences vécues par des collègues de l'équipe ou de l'hôpital. Par exemple en entendant raconter comment un patient a été protégé d'un dommage grâce à un dialogue franc au sujet d'un doute sécuritaire. Ou en illustrant comment, malgré les doutes initiaux, une situation Speak Up s'est bien achevée. S'y ajoutent le soutien de la direction et des supérieurs hiérarchiques au quotidien, ainsi qu'un renforcement positif des comportements Speak Up concrets, tout aussi motivants que des modèles de rôles positifs.

Les formations continues, ateliers et travaux pratiques permettent le transfert des connaissances et le renforcement des facultés nécessaires pour évoquer au quotidien ses doutes en matière de sécurité ou attirer l'attention sur un comportement risqué. Certains modes de comportements peuvent être thématiques ou exercés lors de formations continues et d'ateliers, ou bien des résolutions peuvent être prises au sein des équipes (p.ex. des stratégies de communication et le fait de convenir de mots codes, des entraînements à la formulation des préoccupations exprimées ou «concern statements», etc.; voir à ce propos le chapitre 6). Dans un tel cas, ce qui s'applique à d'autres contextes d'apprentissage est aussi valable. Une simple transmission de savoir et d'informations par la parole n'a pas le même impact que d'essayer par soi-même certains types de comportements et de les exercer.

Les formations peuvent être proposées à tout l'établissement ou à des équipes en particulier, elles peuvent être destinées à certains groupes professionnels ou de fonctions, ensemble ou séparément. Ces différentes formes ont chacune leurs propres avantages. Par exemple, au cours d'une formation continue pour des cadres, il est important de mettre l'accent sur la contribution qu'ils peuvent apporter à la sécurisation psychologique de leurs collaboratrices et collaborateurs, ou sur la manière dont les dirigeants peuvent renforcer la culture de Speak Up dans leur domaine en tant que modèle positif.

Des ateliers ou des cours au sein des équipes (pluridisciplinaires) assurent une plus-value, même s'il n'est pas facile, voire impossible, de rassembler un groupe d'une importance suffisante pour une formation continue: ils permettent le développement d'une image commune de Speak Up et la conclusion des accords relatifs aux futurs comportements Speak Up dans l'unité ou le service.

J'ai constaté récemment, au cours d'un contrôle préliminaire, qu'au lieu des 24 heures de chimiothérapie, seule une solution de rinçage était en place. Au bureau du personnel soignant, j'ai demandé à ma collègue s'il y avait une raison à cela. Nous avons contrôlé ensemble les perfusions dans la chambre, ce qui nous a permis de remarquer que le cathéter d'administration de la chimiothérapie n'était pas ouvert.

Ma collègue était très heureuse que je lui ai posé cette question. Si je ne l'avais pas fait, estimant «qu'il y avait certainement une bonne raison à cela», cette erreur aurait perduré sans être remarquée.

Marlen Schläpfer

Infirmière dipl., études postgrade en oncologie, Hôpital de l'île, Berne

QUAND ÇA COMPTE VRAIMENT: SPEAK UP DANS UNE SITUATION CONCRÈTE

Petite gymnastique intellectuelle

- Partons du principe que vous êtes vous-même patiente ou patient à l'hôpital. Le médecin-chef contrevient à une prescription d'hygiène au cours d'une intervention chirurgicale. Qu'attendriez-vous des autres médecins et du personnel soignant qui ont observé cette négligence?
- Ou, supposons que vous êtes sur le point d'oublier quelque chose d'important. Si un collègue attire votre attention au bon moment sur ce point, en seriez-vous heureux et serait-ce ce que vous attendez de sa part?

Il se produit régulièrement des situations lors desquelles il est vital qu'on aborde avec des collègues directement et le plus vite possible (au sens d'un Speak Up d'avertissement ou focalisé sur le problème – cf. chapitre 1.1) un comportement à risque ou une erreur, voire même qu'ils interrompent un acte afin de ne pas mettre en péril le bien-être du patient. Pour surmonter de telles situations, souvent difficiles, et oser dire quelque chose, il faut parfois se «forcer» un peu.

Lors d'un tel «défi», le moteur qui nous pousse à parler ne devrait pas être freiné par les «coûts personnels» à court terme (p. ex. surmonter sa propre réticence, les réactions difficiles des collègues), mais prendre en compte le bénéfice global résultant de la communication de nos réserves relatives à la sécurité.

Différents aspects contribuent à pouvoir surmonter son silence dans des situations difficiles, mais importantes pour la sécurité. En plus d'une bonne base à Speak Up au sein de l'équipe et de l'établissement (p. ex. le soutien des supérieurs, la compréhension réciproque au sein de l'équipe, le bon exemple de modèles), certains modes de comportement et des stratégies de communication apportent une aide précieuse en situation concrète de Speak Up. Ce chapitre aborde les aspects suivants:

- les stratégies de communication fondées sur les techniques d'«Assertiveness» (affirmation de soi) du Crew Resource Management;
- les conventions orales (p. ex. mots de codes);
- la manière d'aborder des situations nécessitant des actions rapides;
- des gestes en tant que forme non verbale de Speak Up;
- le soutien des dirigeants dans les situations pour lesquelles Speak Up est appliqué.

Avant de présenter des stratégies et des modes de comportement concrets, voici quelques remarques:

Toutes les situations ne se ressemblent pas

Il arrive souvent qu'un acte doive être interrompu rapidement et directement, afin d'éviter des dommages pour un patient (p. ex. un médicament est administré par voie intraveineuse au lieu d'intramusculaire).

D'autres situations laissent suffisamment de marge pour voir si un acte véritablement dangereux va être commis ou pas (p. ex. une discussion interdisciplinaire de cas permet, dans un premier temps, d'observer la manière dont la situation se développe, et de se rendre compte si une décision problématique a vraiment été prise. Si tel est le cas, on peut alors s'impliquer à nouveau et exprimer ses préoccupations).

Toutes les stratégies de communication ne s'appliquent pas de la même manière à chaque situation

Lorsque, par exemple, des patients ou des proches sont présents, d'autres stratégies et voies de communication sont préférables. Eventuellement, il n'est alors pas indiqué d'aborder directement le problème, mais plutôt à l'aide d'un mot code, de tenter d'écarter un instant le collègue concerné du lit du patient.

L'emploi de ce type de code ne se justifie toutefois que si toutes les personnes impliquées connaissent ces formulations et leur signification. Utiliser par exemple un mot code convenu au préalable par l'équipe n'est pas idéal lorsqu'il est nécessaire d'attirer l'attention d'un médecin consultant présent pour la première fois dans l'unité.

Deux partenaires constituent la communication: l'émetteur et le destinataire

L'orateur (émetteur) n'est pas seul responsable de la qualité et du résultat des situations de communication. La personne à qui il s'adresse (destinataire) peut aussi contribuer au succès de cet échange (116; 117). Largement répandu, le Carré de communication d'après Schultz von Thun (117) se fonde sur quatre facettes (l'information spécifique, la révélation de soi, le niveau relationnel et l'appel) devant être transmises par l'émetteur d'un message et perçues par son destinataire. Les malentendus entre l'émetteur et le destinataire sont possibles dans ces quatre domaines, ils sont donc potentiellement nombreux.

Cela signifie, pour l'expression de réserves relatives à la sécurité, que la manière d'exprimer des réserves n'est pas seule à être importante. La réussite d'une situation Speak Up dépend également de la manière dont la personne abordée perçoit cette expression et y réagit (p. ex. en remerciant de l'indication).

Trouver un langage commun

Lorsque, au sein d'une équipe, il existe une compréhension commune relative à la manière idéale de communiquer ses doutes et réserves en matière de sécurité des patients, c'est-à-dire un langage commun, le Speak Up devient plus facile et plus efficace. En outre, les malentendus ou les motifs de friction entre émetteur et destinataire peuvent ainsi être réduits dans les situations Speak Up. Si, par exemple, des conventions ont été fixées pour une formulation récurrente, annonciatrice qu'«il s'agit maintenant de Speak Up» (cf. 6.2 mots codes et «Concern-Statements»), il est plus facile au destinataire du message d'identifier rapidement qu'il s'agit bien de Speak Up et non d'une remise en question de ses compétences.

6.1 FAIRE PREUVE DE TÉNACITÉ, SE FAIRE L'AVOCAT DES PATIENTS ET POSER DES QUESTIONS: STRATÉGIES DE COMMUNICATION DU CREW RESOURCE MANAGEMENT

A l'origine, le concept de Crew Resource Management (CRM ou gestion des ressources de l'équipe) a été développé dans l'aviation afin d'améliorer le travail d'équipe et la communication entre les membres d'un équipage. Cela, dans l'objectif d'identifier les erreurs, d'y remédier et d'accroître ainsi l'efficacité à bord (118). Dans le cadre du CRM, des techniques de communication ont été développées, notamment pour l'émission de réserves quant à la sécurité. Même si, jusqu'ici, des données empiriques ne contribuaient pas clairement à établir un lien précis avec une meilleure sécurité aérienne, le CRM jouit d'un large soutien général et les employés de l'industrie aéronautique font l'objet d'un entraînement exhaustif et standardisé en CRM dans le monde entier (119).

Différents outils et stratégies CRM visant à exprimer les doutes et les réserves en matière de sécurité ont été adaptés au secteur de la médecine. Ils sont considérés comme utiles pour les collaboratrices et les collaborateurs des hôpitaux (104; 120–122) et sont susceptibles d'apporter une aide lors de situations telles que celle décrite ci-dessous:

*«Dans ce contexte, je réfléchirais tellement longtemps à la manière de le lui dire qu'il serait finalement trop tard. Ou j'en aurais des sueurs froides.»
(Citation extraite de l'interview d'un médecin-assistant)*

Nous avons choisi de vous présenter trois de ces techniques qui nous paraissent particulièrement utiles. Ces stratégies présentent de nombreux points communs. D'une manière fondamentale, elles décrivent ce que l'on peut observer et percevoir personnellement; cela est étroitement lié à l'utilisation des affirmations en «je» au lieu de formulations en «tu». Avec un tel style de langage, l'interlocuteur se sent moins facilement agressé ou jugé. En outre, les réserves ou les doutes existants ne sont pas définis par des mots vagues, enveloppés dans des paquets «*Hint and Hope*», autrement dit: «Je fais une allusion en espérant que tu comprendras le message», mais en termes clairs et concrets.

Les analogies entre les différentes stratégies vont de soi, étant donné que les principes de base formulés par la communication CRM reflètent les différentes techniques. En font partie l'«*assertiveness*» (affirmation de soi assimilée à la persévérance), l'«*advocacy*» (plaidoyer en faveur des patients) et l'«*inquiry*» (le fait de poser des questions).

Etre persévérant ou insistant signifie aborder un problème que l'on observe, orienter l'attention sur ce problème et aussi s'attacher à le résoudre (123). En revanche, la persévérance n'a rien à voir avec de l'agressivité. Il s'agit bien plus d'une manière adéquate et respectueuse de parler et de défendre clairement la préoccupation que l'on ressent. En définitive, il faut garantir que les informations relatives à la sécurité seront prises en compte dans la suite du processus, et que le problème de sécurité sera résolu.

S'impliquer pour les patients et leur sécurité, soit prendre en charge le plaidoyer en faveur des patients en communiquant ses réserves ou ses doutes en matière de sécurité («*advocacy*»), devrait s'appliquer même lorsque des résistances sont prévisibles ou qu'il faut s'adresser à des personnes d'un niveau hiérarchique supérieur (122).

Poser des questions («*inquiry*») implique la perspective d'obtenir le point de vue de l'autre personne en lui posant des questions, d'en tenir compte et de le comparer avec sa propre vision de la situation.

La nécessité de recourir au Speak Up, ce besoin de s'exprimer, nous surprend souvent sans que nous n'ayons pu nous y préparer. C'est pourquoi une réaction adéquate et constructive peut également constituer un défi pour un supérieur hiérarchique.

Dr med. Martin Wernli

Médecin-chef, responsable du Centre d'oncologie du Mittelland, Hôpital cantonal d'Aarau

**a) «Assertive statement»
(déclaration affirmée)**

A l'aide de cette technique de communication à plusieurs niveaux, des indications et des informations seront exprimées de manière respectueuse, une proposition concrète de solution présentée, et le point de vue de l'autre pris en compte (120; 122–124) :

Ouvrir le dialogue et conserver l'attention

- Nommer son interlocuteur.
 - Créer un contact visuel.
- Par exemple: «Excusez-moi, M. Müller ...»; «Brigitte ...»

Exprimer ses doutes ou préoccupations

- N'utiliser que des «affirmations je», exclure les «formulations tu».
 - Parler de manière claire et directe.
 - Exprimer ses propres soucis.
 - Le cas échéant, utiliser le «Concern-statement» afin d'exprimer un souci (cf. aussi chapitre 6.2).
- Par exemple: «Je suis inquiet ...»; «Je redoute qu'un problème se présente ...»; «Je pense avoir vu quelque chose d'inhabituel lorsque ...»

Décrire le problème tel qu'il est perçu personnellement

- Un problème peut exister de manière objective ou être perçu.
 - Explication succincte.
 - Pas de «*Hint and Hope*», c'est-à-dire aucune vague déclaration, tout en espérant que l'autre réagira.
- Par exemple: «Je pense que dans ce cas, nous avons besoin d'aide ...»; «On dirait que ...»; «Je ne suis pas très sûr mais il se pourrait ...»

Proposer une solution

- Offrir un plan concret ou une proposition de solution.
 - Ne pas poser de question «oui ou non».
 - Si aucune solution ne peut être proposée, présenter le problème une nouvelle fois en utilisant des «mots d'équipe».
 - Négocier conformément au domaine de responsabilités de son propre rôle clinique.
- Par exemple: «Je propose que maintenant, nous ...»; «Examinons cela ensemble encore une fois ...»; «Permettez-nous d'en parler encore une fois à l'extérieur ...»; «Nous devrions encore en discuter durant le briefing précédant l'opération ...»; «Je propose de placer le patient aux soins intensifs ...»; «Nous devrions en informer le médecin en chef ...»

Obtenir un consentement ou une prise de position

- Intégrer la façon de voir de l'autre.
 - Se faire confirmer que nos paroles ont été entendues.
- Par exemple: «Qu'en pensez-vous?»; «Es-tu d'accord?»; «Qu'en dis-tu?»

- Exemple: Avant une opération, le chirurgien décide de réduire le temps que l'équipe passe au Team time out. Il justifie cela par le fait qu'il ne s'agit que d'une petite intervention de routine. L'anesthésiste réagit de la manière suivante: «Dr Huber, je crains que quelque chose d'important nous échappe si l'équipe ne dispose pas le Team time out complète, même pour une petite intervention. Nous devrions les mener à bien dans leur totalité avant de commencer. Etes-vous d'accord avec moi?»

**b) «Advocacy and inquiry»
(plaidoyer et enquête)**

Cette technique se compose de deux éléments. Dans un premier temps, la personne qui prend la parole décrit l'observation d'un acte relatif à la sécurité ou d'un bien-être («*advocacy*»). Pour ce faire, il est important que la personne communiquant ses réserves exprime sa perception personnelle et qu'elle remette les choses en perspective, plutôt que d'évaluer les actes de son interlocuteur dans un esprit de confrontation. De la même manière, les doutes doivent être exprimés sans manifestation d'irritation, de colère ou même d'embarras (104).

Dans un deuxième temps, la perspective de l'interlocuteur est prise en compte et intégrée («*inquiry*»). L'interlocutrice ou l'interlocuteur est prié de communiquer sa façon de voir. Cette étape permet de comparer les perceptions et les visions des choses des deux interlocuteurs.

L'objectif d'une telle stratégie de communication est d'obtenir la compréhension de son vis-à-vis et de permettre un apprentissage commun (125; 126). Partant de là, cette procédure est utilisée fréquemment dans le cadre des entraînements de simulation lorsqu'il s'agit de discuter ensuite des situations rencontrées lors des exercices sous forme de débriefing (82).

- Exemple: Une infirmière à sa collègue, dans la chambre du patient: «Je viens de remarquer que la perfusion de Mme Schneider est vide et qu'elle n'a pas encore été remplacée. Je crains que cela n'entraîne des problèmes au niveau du cathéter. Nous devrions la retirer rapidement. Qu'en pensez-tu?»
- Exemple: Un médecin-assistant au chef de clinique: «Je me suis rendu compte que l'ordonnance de M. Meier comporte une indication inhabituelle des doses en ml. Je redoute des ambiguïtés lors de l'administration et suis d'avis que la prescription devrait être modifiée. Es-tu d'accord avec cela?»

6.0

c) Technique CUS

Une autre possibilité d'exprimer des réserves et des doutes est la technique dénommée CUS. Son nom est dérivé des messages consécutifs et progressifs de la stratégie en communication:

I am concerned.
Je suis inquiet/inquiète.

I am uncomfortable.
Je ne suis pas à l'aise.

This is a safety issue.
C'est un problème de sécurité.

Ces trois affirmations décrivent une progression de l'intensité du souci ou du doute. Les niveaux «U» et «S» – en particulier la désignation d'un problème de sécurité («S») – ne sont abordés que si aucune solution à la situation n'a été trouvée au premier niveau (104; 122). La première déclaration peut déjà permettre d'éclaircir la situation.

- Exemple: Un médecin-assistant au chef de clinique:
«Je suis inquiet à propos de l'état de M. Schneider. Je suis mal à l'aise à l'idée de le garder dans notre service, car son état est instable.»

6.2 PARLER SUR RENDEZ-VOUS: MOTS CODES ET «CONCERN STATEMENTS»

L'utilisation de formulations déterminées et convenues au sein de l'équipe représente une autre possibilité de simplifier l'expression des réserves ou des doutes. Les formulations convenues (soit des mots codes) sont notamment appropriées dans des situations où les patients ou des proches sont présents ou à portée de voix. Afin d'éviter de les désorienter inutilement par des problèmes ou des doutes, ou de remettre en cause leur confiance en l'hôpital et en ses soins, les mots codes sont employés (104).

Je trouve que c'est difficile quand le patient est présent. J'estime que c'est très délicat.
(Citation extraite de l'interview d'une infirmière)

Mais pour qu'ils soient efficaces, la raison et le moment de l'emploi de ces mots codes doivent être connus de toutes les personnes impliquées. Un accord concret doit être présent au sein de l'équipe:

- définir les formulations utilisées et expliquer ce qu'elles signifient;
- déterminer dans quelles situations les mots codes sont utilisés et, le cas échéant, à quel moment ils sont inappropriés (p. ex. lorsqu'il vaut mieux aborder les collègues plus tard).

Exemples de mots codes (104; 127)

- Précision: «Ici, j'ai besoin de plus de précisions. Pouvons-nous en parler un instant?»
- Mise à jour: «Pouvons-nous sortir un instant pour une mise à jour?»

Des phrases entières sont également judicieuses, par exemple:

- «Nous devons examiner cela brièvement ensemble.»
- «J'ai une demande importante»; «Pouvons-nous y jeter un œil?»

Dans l'aviation, la formulation «*Below Ten Thousand*» est un mot code utilisé lorsque le pilote a besoin d'une concentration absolue et souhaite éviter toute distraction, car l'avion se trouve à une altitude inférieure à 10 000 pieds. Ce mot code a été intégré au travail en salle d'opération et il est utilisé par l'équipe lorsque l'intervention parvient à une phase nécessitant une concentration et une focalisation maximales (128).

Comme le montre cet exemple, les mots clés peuvent être très variés. Il est important toutefois que chaque équipe trouve une formulation adéquate et simple, qui coule de source au moment voulu. En outre, les mots ou les formulations ne doivent ni être ambigus ni susciter de l'agressivité.

Les «*Concern Statements*» («préoccupations exprimées») font partie des différentes stratégies de communication présentées dans le paragraphe précédent; ils peuvent aussi être issus de la concertation en équipe. Lorsqu'ils comportent des éléments définis connus de tous, et utilisés de manière répétée, il est plus facile d'identifier les Concern Statements en tant que tels, et de savoir qu'il s'agit de Speak Up dès que ces mots sont prononcés (127).

Exemples de Concern Statements:

- Je suis inquiet ...
- Je crains que ...
- Je pense qu'il peut y avoir un problème ...
- Je me sens mal à l'aise avec ...

Il existe souvent des situations durant lesquelles des réserves et des doutes sont abordés ou émis, mais où ces propos n'ont aucun effet. Ce n'est pas parce que la personne à laquelle ils s'adressent ignore ou transgresse volontairement ce qui a été dit, mais parce que, dans des situations particulièrement stressantes ou en cas d'urgence, il est possible que la personne concernée n'accorde qu'une signification secondaire à cette information. Lorsqu'on a le sentiment de ne plus être entendu par son interlocuteur, un appel direct tel que «Est-ce que tu m'écoutes?» représente une possibilité de restaurer la communication. De telles formulations pourraient également être convenues au sein de l'équipe.

6.3 QUAND IL FAUT FAIRE VITE

Lorsqu'une situation exige des réactions très rapides afin d'éviter un acte erroné ou dangereux, l'emploi de mots codes peut constituer une bonne alternative. En effet, contrairement aux stratégies décrites (p. ex. «assertive statements», «advocacy and inquiry»), les mots codes ne se fondent pas sur une succession de différentes étapes de communication qui nécessiteraient plus de temps. Ils sont courts et explicites. Ces mots codes doivent être identifiés comme tels par les interlocuteurs dans les plus brefs délais, et transmettre le message intrinsèque – «quelqu'un a des réserves ou des doutes quant à la sécurité des patients» – puis entraîner une réaction adéquate.

Je l'ai vu et j'ai pensé: «Qu'est-ce que je dois dire maintenant?» Je n'ai pas eu le temps ... ça s'est passé en dix secondes peut-être.

(Citation extraite de l'interview d'une infirmière)

6.4 GESTES

Les gestes sont plus rapides que les mots dans de nombreuses situations. Un exemple caractéristique, cité plusieurs fois lors des interviews de notre étude, est la remise directe d'un produit désinfectant lorsqu'une mesure d'hygiène n'est pas respectée, plutôt que de s'adresser verbalement à un collègue (cf. chapitre 2.3).

Oui, de nombreuses choses se passent très vite. C'est en effet souvent une question de rapidité ... Il voulait seulement contrôler la plaie rapidement ... J'ai toujours un produit désinfectant dans ma blouse et le lui ai donné.

(Citation extraite de l'interview d'un médecin-assistant)

De tels gestes représentent une alternative judicieuse à une intervention verbale afin d'éviter un comportement à risque, non seulement dans les situations où le temps est compté, mais encore lorsqu'il convient de rester discret. Par exemple en présence de collègues et de patients, de tels gestes peuvent être utilisés – selon le thème et la situation – afin d'appuyer les instructions en matière de sécurité ou d'éviter un comportement à risque. C'est pourquoi le personnel soignant et les médecins remplacent souvent la parole par des gestes, notamment lors de situations où ils souhaitent éviter de mettre un ou une collègue en porte-à-faux, si la différence hiérarchique ou l'ancienneté est importante, ou lorsqu'ils veulent préserver le sentiment de sécurité du patient.

Je trouve difficile de dire à une personne expérimentée: «Il est temps de mettre votre blouse.» Mais j'ai réalisé de très bonnes expériences en montrant simplement c'est ici que vous trouverez les produits désinfectants, les blouses sont là-bas.

(Citation extraite de l'interview d'un chef de clinique)

Au niveau des soins, on se retrouve entre collègues, mais face au médecin, les choses sont différentes. C'est plus facile avec un médecin-assistant, mais plus son niveau est élevé, plus cela se complique. En fonction du niveau hiérarchique ... je préfère souvent un signe non verbal, ou tendre les gants.

(Citation extraite de l'interview d'une infirmière)

Le plus souvent, je me contente de tendre les gants puisque je ne peux rien dire en présence du patient. Je ne pourrais pas faire une telle chose. Ils prennent alors tout simplement les gants.

(Citation extraite de l'interview d'une infirmière)

6.5 SOUTIEN DE LA PART DES DIRIGEANTS

Comme décrit précédemment, des personnes dirigeantes peuvent contribuer largement à ce que leurs employés se sentent en sécurité pour exprimer leurs réserves en cas de risque pour la sécurité des patients. Ils sont généralement à même d'accorder à ce thème l'importance nécessaire (cf. chapitre 5.3). Mais ils peuvent aussi encourager Speak Up concrètement en soutenant la personne qui prend la parole.

Par exemple lorsque, dans son rapport, une médecin-chef remercie un assistant pour une indication. En outre, quand elle réaffirme, lors de sa visite à quel point il était important que l'infirmière attire l'attention de ses collègues médecins sur les prescriptions d'hygiène, elle conforte et protège ainsi chaque personne contre des réactions inappropriées des personnes présentes.

PARLER, MÊME APRÈS COUP

IL ARRIVE TOUTEFOIS QUE DES DOUTES OU DES QUESTIONS DE SÉCURITÉ NE SOIENT PAS ABORDÉS DANS UNE SITUATION DONNÉE. LE SILENCE PEUT AVOIR DE NOMBREUSES JUSTIFICATIONS. IL EST POSSIBLE QUE TOUT SE SOIT PASSÉ TROP VITE, QUE LES MOTS JUSTES N'AIENT PAS ÉTÉ TROUVÉS OU ENCORE, QU'ON NE VEUILLE NI EMBARRASSER NI INQUIÉTER QUICONQUE.

Il est parfois difficile de dire quelque chose. Tout va tellement vite.

(Citation extraite de l'interview d'un chef de clinique)

Je ne pense pas qu'on puisse régler le problème à côté du lit du patient. Ce n'est pas possible. Mais on peut sortir de la chambre et dire: «Pourrais-je encore vous parler brièvement?» Je ne l'ai pas fait à l'époque, mais cela aurait été une possibilité.

(Citation extraite de l'interview d'un médecin-chef)

Si, concrètement, une situation évolue sans que l'on ait osé aborder ses propres préoccupations ou ses observations, il vaut la peine de le faire a posteriori, car s'informer mutuellement des problèmes de sécurité, même après coup, permet de partager son savoir et de tirer des leçons communes pour l'avenir.

Notamment pour ...

... protéger de futurs patients contre un préjudice en évitant qu'une attitude risquée ne se répète;

... éviter aux collègues de réitérer leur comportement à risque. Une erreur potentiellement grave ne se reproduira pas.

... contribuer à réaffirmer l'importance des règles et des normes de sécurité et à développer la conscience mutuelle que la transgression des mesures de sécurité n'est pas acceptable.

De plus, une concertation a posteriori permet aussi de parler de ses impressions sur le Speak Up reçu, que ce soit pour en faire le compliment ou pour indiquer ce qui est perfectible. Ces entretiens permettent de pérenniser la flamme du Speak Up. L'équipe a donc toujours matière à discussion, dans tous les sens du terme, et profite simultanément d'une meilleure appréhension mutuelle de quand et comment exprimer ses doutes sécuritaires. Ces concepts ne sont ni abstraits ni hypothétiques lorsqu'ils sont abordés: c'est toujours une situation concrète de la vie quotidienne au travail qui est examinée à la loupe. Comme pour Speak Up, les conversations qui suivent un cas concret paraissent plus faciles dans la mesure où le fait de parler des actes dangereux et de ses préoccupations de sécurité est normal, accepté et souhaité au sein d'une équipe, d'une unité ou d'un service (cf. chapitre 5.2).

Il ne faut pas sous-estimer l'importance du choix d'un **style de discussion** constructif. A cet effet, il peut être fait usage des principes du feed-back constructif (129; 130). Par ailleurs, l'expression de ses préoccupations d'ordre sécuritaire doit rester objective et descriptive et se rapporter à une situation précise. Renoncer à toute généralisation, interprétation et autre accusation ainsi qu'à toute réflexion sur le caractère de la personne incriminée est une nécessité. Pour autant, la formulation se doit d'être subjective (notamment en parlant à la première personne), et il est de bon ton de ne parler que de ses propres observations et impressions, et non pas de ce qu'on a pu entendre ici et là.

Ici aussi, **émetteur et destinataire** du message ont tous deux leur part de responsabilité quant au déroulement de la conversation (voir chapitre 6). Il ne s'agit pas simplement de l'art et de la manière de transmettre des réactions relatives à la sécurité mais de l'art et de la manière de les recevoir. Cela signifie, par exemple, laisser les autres parler et remercier un collègue qui se serait confié à vous à propos d'un risque pour la sécurité. Parler rétrospectivement de situations inhérentes à la sécurité est possible de différentes manières: une conversation «entre quatre yeux» permet de donner son avis personnel; ou on peut privilégier une discussion en groupe. Les deux variantes peuvent être aussi rapides et informelles l'une que l'autre, se déroulent idéalement juste après l'incident et doivent pouvoir se tenir dans n'importe quelle constellation, au-delà des échelons hiérarchiques.

7.1 UN PETIT DIALOGUE: DONNER SON SENTIMENT PERSONNEL

Il n'est pas nécessaire de disposer d'un cadre formel pour donner son avis. Une ou deux minutes en privé avec une personne suffisent largement pour:

- évoquer les préoccupations relatives à la sécurité que l'on a ressenties sans pouvoir les exprimer à ce moment-là. Les stratégies de communication décrites ci-dessus peuvent certainement être utilisées pour ce faire (cf. chapitre 6);
- revenir sur une situation dans laquelle il a été fait recours à Speak Up. Dans une brève conversation à deux, on peut par exemple remercier un collègue pour une indication importante reçue de sa part, ou réaffirmer, en tant que supérieur hiérarchique, combien il était important et positif que le collaborateur se soit impliqué.

7.2 «HUDDLES»: DISCUTER ENSEMBLE DE SES PRÉOCCUPATIONS SÉCURITAIRES BRIÈVEMENT ET DE FAÇON INFORMELLE

Que sont les «huddles»?

Les huddles (ou conférences, concertations en petit comité) sont de courtes réunions sur un sujet précis, entre plusieurs personnes qui vont échanger des informations, des expériences ou discuter de problèmes rencontrés (131). Ils peuvent être utilisés pour parler de problèmes de sécurité existants ou imminents, ou pour émettre des réserves afin de savoir si la sécurité est assurée («safety huddles») (132; 133). S'ils se réfèrent à des situations clairement définies, les huddles peuvent être planifiés et avoir lieu à des heures ou à des moments précis. Par exemple, en tant que briefing avant une opération ou de débriefing après une intervention (cf. chapitre 1.3). Ils peuvent toutefois intervenir de manière spontanée si un événement particulier est apparu ou qu'une observation précise a été faite. Les membres d'un service, d'une unité ou d'un groupe spécifique peuvent être à l'origine d'un tel «huddle ad hoc», indépendamment du groupe auquel ils appartiennent ou des fonctions ou tâches qu'ils remplissent. Dans la mesure où leur participation est judicieuse dans une situation donnée, les collaborateurs d'autres services peuvent aussi être invités à participer à ces huddles (134). Ce ne sont ni des réunions, ni des comptes rendus. Les huddles ne durent que quelques minutes, sont généralement informels et à ce titre devraient faire partie du quotidien. Dans ce cadre, les huddles peuvent avoir lieu spontanément, parce que le processus de travail en cours n'est que brièvement interrompu (135).

Dans toute la diversité des situations possibles, le déroulement d'un «safety huddle» judicieux pourrait se schématiser comme suit:

- une situation mettant en jeu la sécurité du patient est en train de se produire ou a été observée;
- l'une des personnes concernées estime que la tenue d'un huddle est justifiée et demande à tous de se réunir. Il va de soi que les soins urgents à fournir au patient n'en sont pas pour autant interrompus;
- les participants se regroupent rapidement, si possible dans un endroit calme.
- l'initiateur du huddle prend la parole pour formuler ses observations;
- le groupe discute rapidement de la meilleure façon de gérer la situation ou le problème;
- tous retournent ensuite à leur poste.

Quels sont les avantages des huddles pour la sécurité des patients?

Après l'observation d'un risque significatif au niveau de la sécurité, si une situation risquée a eu lieu ou même si une situation problématique se profile, toutes les personnes concernées ou impliquées sont susceptibles de participer à un huddle. Il est sensé de contribuer à minimiser des difficultés existantes ou à mettre certains risques en lumière, avant qu'ils ne deviennent un problème.

Les huddles donnent aussi le temps et l'opportunité d'apprendre ensemble. Toutes les personnes qui ont pris part à l'événement, de même que d'autres employés présents ou rapidement disponibles à ce moment-là dans le service / l'unité peuvent être invités à participer, dans la mesure où cet échange d'informations peut leur être profitable. Dans ce cas de figure, un huddle permet de réunir les membres de différents groupes professionnels plus ou moins expérimentés, ou même un service tout entier et contribuer ainsi au développement d'une meilleure appréhension du concept de sécurité et de la manière dont les préoccupations sécuritaires doivent être gérées. En participant à des huddles, les nouveaux employés (p. ex. les médecins-assistants et les étudiants) appréhendent plus rapidement les travaux conduits au sein de la nouvelle unité / du nouveau service (135) (cf. chapitre 5.2). C'est dans cet aspect que réside la différence majeure avec un feed-back donné à une personne en particulier. Au cours d'un huddle fondé sur une situation concrète, c'est un groupe tout entier qui a la possibilité d'effectuer un apprentissage conjoint et d'institutionnaliser des valeurs, des évaluations et des conceptions.

Comment mettre à profit un huddle pour parler de ses propres questions d'ordre sécuritaire après qu'un événement potentiellement dangereux s'est produit?

Un huddle est la réunion d'un groupe. Par conséquent, un huddle ne peut avoir lieu que si plusieurs personnes étaient présentes dans la situation donnée ou si un groupe peut bénéficier d'une discussion à ce sujet.

a) Speak Up est utilisé après une situation donnée sans que les préoccupations existantes n'aient été exprimées ou que des remarques pertinentes aient été formulées.

Dans un tel cas, le huddle va d'abord s'attacher à restaurer Speak Up. Ensuite, les connaissances des collaborateurs sont «rafraîchies» par un partage mutuel, puis ils sont informés de la question de la sécurité dont il est question. Par exemple, si de nouveaux employés ou des étudiants sont présents, cette sensibilisation à un problème de sécurité peut précéder une occasion de reproduire certaines «habitudes risquées» de leurs confrères.

Les stratégies de communication décrites au chapitre 6.1 «Advocacy and Inquiry» pourraient représenter une base du style de conversation approprié pour cette situation de Speak Up et d'apprentissage.

- Exemple: Un médecin-assistant et deux soignants encadrent un patient dont l'état critique exige son transfert rapide aux soins intensifs. Alors que le lit du patient est placé dans l'ascenseur, l'infirmière en chef aperçoit de loin que le drain externe à utiliser pour le drainage pleural a été déposé près de la tête du patient. Dès que les trois collègues sont de retour dans l'unité, elle demande aux personnes impliquées dans le transport du patient ainsi qu'à deux étudiants de l'unité de se réunir dans la salle commune. Elle tire parti de son observation pour discuter brièvement des risques de ce type de transport et expliquer pourquoi un drain doit être correctement transporté et comment s'y prendre.

7.0

b) Séance d'évaluation d'une situation de Speak Up: donner un écho positif ou émettre des critiques.

Si une situation a bien été gérée au moment où le questionnement d'un collègue a empêché qu'un patient ne soit soumis à un risque, il y a moyen de souligner cette intervention lors d'un huddle. Une telle discussion aura le mérite de rappeler à tous l'importance et la nécessité de parler de ses doutes en matière de sécurité. S'il s'avère que la personne qui se trouve à l'origine de l'initiative du huddle est un supérieur hiérarchique, celui-ci soulignera dans le même temps combien il trouve important que ses collaborateurs abordent ouvertement les questions et les préoccupations de sécurité. Un huddle peut également être utilisé pour discuter d'une situation où Speak Up ne se serait pas bien déroulé.

- Exemple: A la fin d'une visite, le médecin-chef demande à tous les participants de rester encore quelques instants; le groupe se réunit donc dans un endroit calme de l'unité. Le médecin-chef revient sur la visite qui vient de se terminer et remercie l'un des assistants de l'avoir informé à temps d'une intolérance du patient, qu'il avait négligée dans l'ajustement de la médication.
- Exemple: Lors d'un examen plus invasif, un médecin est interpellé: il a oublié l'une des mesures d'hygiène, mais il est stressé et réagit de manière agressive. Après l'auscultation, il demande à tous ses collègues présents de se réunir dans la salle d'examen alors que le patient est déjà reconduit dans l'unité de soins. Se référant à ce qui vient de se produire, il présente ses excuses et précise qu'il souhaite que tous les membres de l'équipe le rappellent à l'ordre si nécessaire.

Quels conseils peut-on donner pour que des huddles soient pratiqués en hôpital?

L'étude de Provost et al. (135) et de l'Institute for Healthcare Improvement (136) donne les recommandations suivantes:

- L'idée d'un nouveau huddle et ses objectifs doivent être thématiques au sein de l'équipe et expliqués. En d'autres termes, il faut décider en amont quelles sont les situations ou les thèmes susceptibles de donner lieu à un huddle, qui peut ou doit le demander, et comment il se déroulera.
- Un huddle doit avoir lieu dans un endroit adapté et accessible à tous. En général, les participants restent debout.
- Un huddle est bref et ne prend que quelques minutes.
- Il faut veiller à ce que des huddles soient organisés régulièrement pour instaurer une habitude et qu'ils ne constituent pas des événements isolés.

VOUS POURRIEZ COMMENCER DÈS DEMAIN

DANS LES CHAPITRES PRÉCÉDENTS, NOUS AVONS DÉCRIT DE DIVERSES FAÇONS COMMENT SPEAK UP PEUT S'INTÉGRER À LA VIE QUOTIDIENNE D'UN HÔPITAL ET COMMENT IL PEUT ÊTRE PROMU. NOUS AVONS EN OUTRE DÉCRIT LES FACTEURS QUI CONTRIBUENT, EN GÉNÉRAL, À CRÉER UNE BONNE BASE POUR SPEAK UP; NOUS AVONS ENSUITE DÉVELOPPÉ COMMENT EXPRIMER DES PRÉOCCUPATIONS, DES PROBLÈMES OU DES DOUTES RELATIFS À LA SÉCURITÉ, AVANT D'ABORDER LES MOYENS DE RÉPONDRE RÉTROSPECTIVEMENT À DES SITUATIONS PRÉOCCUPANTES.

A ce stade, nous aimerions vous encourager à essayer de mettre en pratique ce que vous venez de lire.

1. Cette pensée théorique peut devenir une réalité

Au tout début de la deuxième partie de cette publication (chapitre 4.2), nous avons présenté deux exercices de réflexion. Ils peuvent se transposer dans la réalité afin de vérifier si vos collègues vous parleraient de votre propre comportement à risque, ou justement pas.

Exemple: oubliez de vous désinfecter les mains en abordant le lit d'un patient, de telle sorte que vos collègues s'en rendent compte.

Variante A: un collègue le remarque à temps et vous le dit, ou vous tend le produit de désinfection. Vous le remerciez de sa remarque et vous désinfectez les mains avant d'ausculter le patient.

Variante B: personne n'intervient ou ne dit quoi que ce soit. Avant de toucher le patient, désinfectez-vous les mains. Adressez-vous ensuite à vos collègues, avec ces mots ou de façon similaire: «Il s'en est fallu de peu que je commette une erreur. Parlez-m'en la prochaine fois, s'il vous plaît.»

2. Saisir au bond la prochaine occasion de pratiquer le Speak Up

La prochaine fois que vous aurez l'occasion d'être témoin d'un comportement à risque ou du manquement à une procédure de sécurité, prenez la peine d'en parler à votre collègue.

Pour mettre en œuvre cette bonne résolution, il est utile d'avoir recours à ce que l'on appelle des Intentions (intentions de transposition). En d'autres termes, élaborez une sorte de plan d'action «si, alors»: au cas où la situation X se produit, je ferai Y. Car les intentions peuvent être mises en pratique avec succès et ce processus devient presque automatique avec le temps, lorsque l'on suit ce genre de protocole d'action «si, alors» (137).

Quand il s'agit de formuler des réserves ou d'aborder des problèmes relatifs à la sécurité cela signifie: réfléchissez à une situation que vous connaissez bien et pour laquelle il est toujours nécessaire de parler des risques potentiels ou de ses préoccupations à ses collègues. Et pensez ensuite à la façon dont vous souhaitez en parler spécifiquement à vos collègues, quelle procédure et quelle formulation conviennent. Remémorez-vous régulièrement ce protocole d'action «si, alors» et guettez la prochaine occasion de mettre votre plan à exécution.

3. Remettre en question les attitudes acquises

Comme le décrit le premier chapitre, l'attitude personnelle peut contribuer à faciliter Speak Up. Que pensez-vous de vos collègues et de leur comportement? Etes-vous d'avis que vos collègues:

- attachent de l'importance au travail en bonne intelligence?
- souhaitent en premier lieu offrir aux patients les meilleurs soins possible?

A l'inverse, il est plus facile d'entendre la remarque d'un ou d'une collègue et d'y réagir de manière adéquate lorsque l'on part du principe que cette personne ne souhaite pas nous critiquer ou remettre notre jugement en question en exprimant une préoccupation d'ordre sécuritaire, mais en considérant que Speak Up est dédié au bien-être des patients. Au-delà de cet aspect, Speak Up œuvre pour notre propre bien dans la mesure où il peut nous préserver de commettre des erreurs. Il est compréhensible que la première réaction instinctive à la remarque d'un collègue soit une réaction de «défense» ou de «distance». Mais nous devrions nous attacher à passer outre ce premier réflexe et réagir ensuite de manière constructive face à des collègues qui expriment leurs préoccupations en matière de sécurité.

4. Planifier un huddle

Si, lors de la lecture du chapitre 7.2 traitant du concept de huddle, vous avez eu l'impression qu'il pourrait constituer une bonne manière de discuter concrètement des problèmes de sécurité au sein de votre équipe ou de votre service alors prévoyez-en un! Cela permet de rendre chacun attentif aux erreurs potentielles de l'autre et d'apprendre ensemble autour de situations concrètes.

Selon le poste que vous occupez, trouvez la personne avec laquelle vous pourriez le mieux parler de cette idée. Développez une sorte de concept pour déterminer comment et dans quelle situation il serait judicieux de se réunir en huddle à l'avenir. Important: avant d'organiser un premier huddle, informez vos collègues de ce concept et de la marche à suivre.

Publication sécurité des patients Suisse

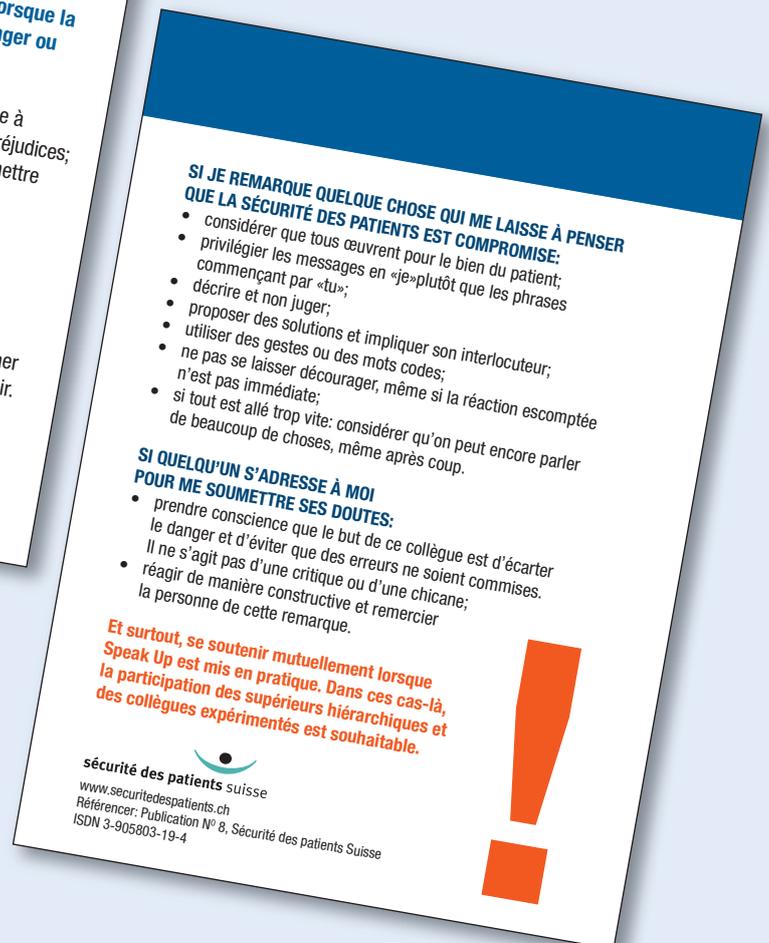
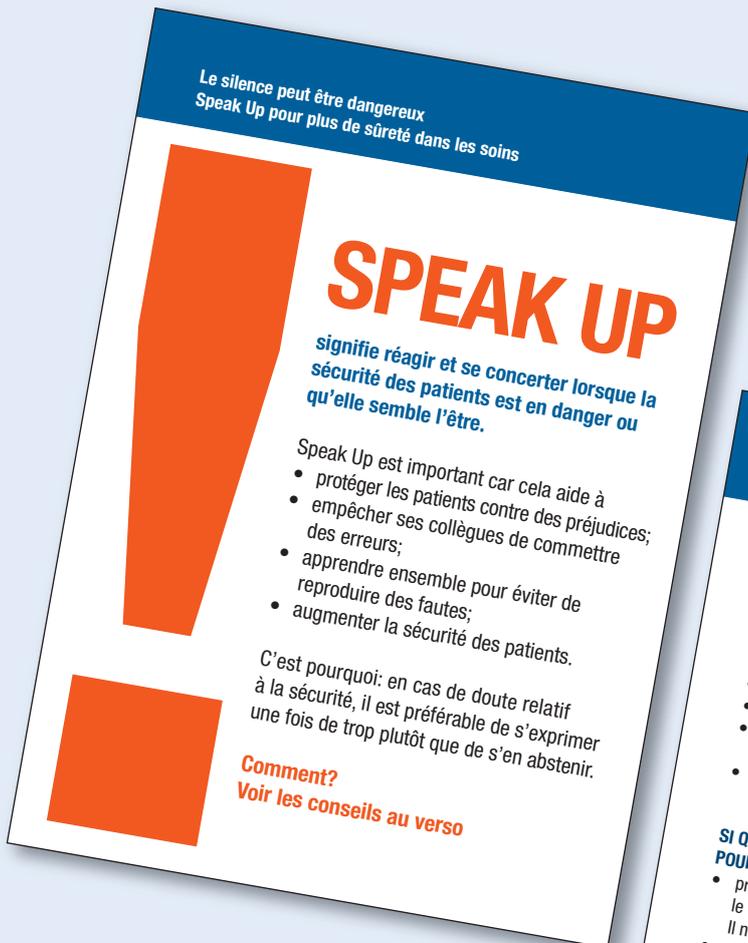
Speak
Up

Mémento de
poche Speak Up

MÉMENTO DE POCHE SPEAK UP

Ce mémento

- regroupe en bref toutes les informations importantes de la brochure «Quand le silence devient dangereux»;
- aide à se souvenir de ce qui a été lu et à ne pas oublier Speak Up dans le tumulte du quotidien;
- trouve sa place dans la poche de n'importe quelle blouse;
- peut servir aussi de signe de reconnaissance: «je travaille en mode Speak Up!».



RÉFÉRENCES LITTÉRAIRES

- (1) Morrison EW, Wheeler-Smith SL, Kamdar D. Speaking up in groups: A cross-level study of group voice climate and voice. *Journal of Applied Psychology* 2011;96:183-91.
- (2) Morrison EW. Employee voice behavior: Integration and directions for future research. *The Academy of Management Annals* 2011;5:373-412.
- (3) Brinsfield CT, Edwards MS, Greenberg J. Voice and silence in organizations: Historical review and current conceptualizations. In: Greenberg J, Edwards MS (Hrsg.). *Voice and silence in organizations*. Bingley, UK: Emerald Group Publishing Limited; 2009. S. 3-33.
- (4) Vincent C. *Das ABC der Patientensicherheit*. Schriftenreihe Nr. 4. Zürich: Patientensicherheit Schweiz; 2012.
- (5) Francis R. *Freedom to speak up. An independent review into creating an open and honest reporting culture in the NHS*. London: The Stationery Office; 2014.
- (6) St. Pierre M, Hofinger G. *Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin* (3. Auflage). Berlin: Springer-Verlag; 2014.
- (7) Schwappach D. Patient safety: What is it all about? *Contributions to Nephrology* 2015;184:1-12.
- (8) Reason J. *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
- (9) Schwappach D, Gehring K. Trade-offs between voice and silence: A qualitative exploration of oncology staff's decisions to speak up about safety concerns. *BMC Health Services Research* 2014;14:303.
- (10) Maxfield D, Grenny J, McMillan R, Patterson K, Switzler A. *Silence kills. The seven crucial conversations for healthcare*. Aliso Viejo (CA): American Association of Critical Care Nurses; Association of perioperative Registered Nurses; VitalSmarts; 2005.
- (11) Maxfield D, Grenny J, Lavandero R, Groah L. The silent treatment. Why safety tools and checklists aren't enough to save lives. *Patient Safety and Quality Healthcare* 2011;September/October.
- (12) Reason J. *Managing the risks of organisational accidents*. Aldershot: Ashgate; 1997.
- (13) Morrison EW. Employee voice and silence. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior* 2014;1:173-97.
- (14) Edmondson AC. Speaking up in the operating room: How team leaders promote learning in interdisciplinary action teams. *Journal of Management Studies* 2003;40:1419-52.
- (15) Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: An insidious contributor to medical mishaps. *Academic Medicine* 2004;79.
- (16) Dwyer J. *Primum non tacere. An ethics of speaking up*. *Hastings Center Report* 1994;24:13-8.
- (17) Raemer DB, Kolbe M, Minehart RD, Rudolph JW, Pian-Smith M. Improving faculty's ability to speak-up to others in the operating room: A simulation-based randomized controlled trial of an educational intervention and an qualitative analysis of hurdles and enablers. *Academic Medicine* (im Druck).
- (18) Edmondson AC. *Teaming: How organizations learn, innovate, and compete in the knowledge economy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2012.
- (19) Eppich W. Speaking up for patient safety in the pediatric emergency department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine* 2015;16:83-9.
- (20) Kolbe M, Burtscher MJ, Wacker J, Grande B, Nohynkova R, Manser T, et al. Speaking up is related to better team performance in simulated anesthesia inductions: An observational study. *Anesthesia & Analgesia* 2012;115:1099-108.
- (21) Liang J, Farh CIC, Farh J-L. Psychological antecedents of promotive and prohibitive voice: A two-wave examination. *Academy of Management Journal* 2012;55:71-92.
- (22) Van Dyne L, Ang S, Botero IC. Conceptualizing employee silence and employee voice as multidimensional constructs. *Journal of Management Studies* 2003;40:1359-92.
- (23) Wei X, Zhang Z-X, Chen X-P. I will speak up if my voice is socially desirable: A moderated mediating process of promotive versus prohibitive voice. *Journal of Applied Psychology* 2015.
- (24) Weiss M, Kolbe M, Grote G, Dambach M, Marty A, Spahn DR, et al. Agency and communion predict speaking up in acute care teams. *Small Group Research* 2014;45:290-313.
- (25) St. Pierre M, Scholler A, Strembski D, Breuer G. Äusseren Assistenzkräfte und Pflegekräfte sicherheitsrelevante Bedenken? *Anaesthesist* 2012;61:857-66.
- (26) Souba W, Way D, Lucey C, Sedmak D, Notestine M. Elephants in academic medicine. *Academic Medicine* 2011;86.
- (27) Bienefeld N, Grote G. Silence That May Kill: When aircrew members don't speak up and why. *Aviation Psychology and Applied Human Factors* 2012;2:1-10.
- (28) Detert JR, Edmondson AC. Implicit voice theories: Taken-for-granted rules of self-censorship at work. *Academy of Management Journal* 2011;54:461-88.
- (29) Milliken FJ, Morrison EW, Hewlin PF. An exploratory study of employee silence: Issues that employees don't communicate upward and why. *Journal of Management Studies* 2003;40:1453-76.
- (30) Detert JR, Edmondson AC. Why employees are afraid to speak. *Harvard Business Review* 2007;85:23-5.
- (31) Kish-Gephart JJ, Detert JR, Treviño LK, Edmondson AC. Silenced by fear: The nature, sources, and consequences of fear at work. *Research in Organizational Behavior* 2009;29:163-93.
- (32) Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly* 1999;44:350-83.

- (33) Bould MD, Sutherland S, Sydor D, Naik V, Friedman Z. Residents' reluctance to challenge negative hierarchy in the operating room: A qualitative study. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie* 2015;62:576-86.
- (34) Okuyama A, Wagner C, Bijnen B. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: A literature review. *BMC Health Services Research* 2014;14:61-9.
- (35) Howell TM, Harrison DA, Burris ER, Detert JR. Who gets credit for input? Demographic and structural status cues in voice recognition. *Journal of Applied Psychology* 2015.
- (36) Schwappach DLB, Gehring K. 'Saying it without words': A qualitative study of oncology staff's experiences with speaking up about safety concerns. *BMJ Open* 2014;4:e004740.
- (37) Schwappach DLB, Gehring K. Silence that can be dangerous: A vignette study to assess healthcare professionals' likelihood of speaking up about safety concerns. *PLoS ONE* 2014;9:e104720.
- (38) Kobayashi H, Pian-Smith M, Sato M, Sawa R, Takeshita T, Raemer D. A cross-cultural survey of residents' perceived barriers in questioning/challenging authority. *Quality and Safety in Health Care* 2006;15:277-83.
- (39) Liu W, Tangirala S, Ramanujam R. The relational antecedents of voice targeted at different leaders. *Journal of Applied Psychology* 2013;98:841-51.
- (40) Milgram S. Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal Psychology* 1963;67:371-8.
- (41) Asch SE. Opinions and social pressure. *Scientific American* 1955;193:31-55.
- (42) Porath CL, Erez A. Overlooked but not untouched: How rudeness reduces onlookers' performance on routine and creative tasks. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 2009;1:29-44.
- (43) Jentsch F, Smith-Jentsch KA. Assertiveness and team performance: More than "Just Say No". In: Salas E, Bowers CA, Edens E, (Hrsg.). *Improving teamwork in organizations: Applications of resource management training*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2001. S. 73-94.
- (44) Fischer P, Greitemeyer TPF, Frey D. The unresponsive bystander: Are bystanders more responsive in dangerous emergencies. *European Journal of Social Psychology* 2006;36:267-78.
- (45) Raemer DB. The clinician's response to challenging cases. In: Yano E, Kawachi I, Nakao M, (Hrsg.). *The healthy hospital. Maximizing the satisfaction of patients, health workers, and community*. Tokyo: Shinohara Shinsha; 2010. S. 27-32.
- (46) Lyndon A, Sexton JB, Simpson KR, Rosenstein A, Lee KA, Wachter RM. Predictors of likelihood of speaking up about safety concerns in labour and delivery. *BMJ Quality & Safety* 2012;21:791-9.
- (47) Latané B, Darley JM. *The unresponsive bystander: Why doesn't he help?* New York: Appleton-Century-Crofts; 1970.
- (48) Carmeli A, Reiter-Palmon R, Ziv E. Inclusive leadership and employee involvement in creative tasks in the workplace: The mediating role of psychological safety. *Creativity Research Journal* 2010;22:250-60.
- (49) Hirak R, Peng AC, Carmeli A, Schaubroeck JM. Linking leader inclusiveness to work unit performance: The importance of psychological safety and learning from failures. *The Leadership Quarterly* 2012;23:107-17.
- (50) Liu W, Tangirala S, Lam W, Chen Z, Jia RT, Huang X. How and when peers' positive mood influences employees' voice. *Journal of Applied Psychology* 2015;100:976-89.
- (51) Bienefeld N, Grote G. Effects of psychological safety, status, and leadership within and across teams. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2014;23:930-45.
- (52) Grande B, Weiss M, Biro P, Steiger P, Spahn DR, Kolbe M. Ist Reden wichtig? Technisches versus kombiniert technisches/nicht-technisches Atemwegstraining in der Anästhesie und Intensivmedizin. *Anästhesiologie und Intensivmedizin* 2015;56:5-12.
- (53) Kolbe M, Weiss M, Grothe G, Knauth A, Dambach M, Spahn DR, et al. TeamGAINS: A tool for structured debriefings for simulation-based team trainings. *BMJ Quality and Safety* 2013;22:541-53.
- (54) Pian-Smith MCM, Simon R, Minehart RD, Podraza M, Rudolph J, Walzer T, et al. Teaching residents the two-challenge rule: A simulation-based approach to improve education and patient safety. *Simulation in Healthcare* 2009;4:84-91.
- (55) Minehart RD, Rudolph J, Pian-Smith MC, Raemer DB. Improving faculty feedback to resident trainees during a simulated case: A randomized, controlled trial of an educational intervention. *Anesthesiology* 2014;120:160-71.
- (56) O'Connor P, Byrne D, O'Dea A, McVeigh TP, Kerin MJ. "Excuse Me:" Teaching interns to speak up. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2013;39:426-31.
- (57) Weiss M, Kolbe M, Grote G, Spahn DR, Grande B. Stop-In the name of the patient! Development and evaluation of an inter-professional speaking up intervention for nurses and residents in acute care teams. under review.
- (58) Grote G, Kolbe M. Systemtheorien, Organisationstheoretische Ansätze. In: Gausmann P, Henninger M, Koppenberg J, (Hrsg.). *Patientensicherheitsmanagement*. Berlin: De Gruyter; 2015. S. 57-61.
- (59) Burris ER. The risks and rewards of speaking up: Managerial responses to employee voice. *Academy of Management Journal* 2012;55:851-75.
- (60) Nembhard IM, Edmondson AC. Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior* 2006;27:941-66.
- (61) Ginnett RC. Crews and groups: Their formation and their leadership. In: Wiener E, Kanki BG, Helmreich RL, (Hrsg.). *Cockpit resource management*. San Diego, CA: Academic Press; 1993. S. 71-98.
- (62) Kolbe M, Grande B. Speaking up should be both continually encouraged and formally trained as an interactive process. In: Grote G, Carroll J, (Hrsg.). *Safety management in context – Cross-industry learning from theory and practice*. Rüslikon, Zürich: Swiss Re Center for Global Dialogue; 2013. S. 39-40.

- (63) Kolbe M, Grande B, Spahn DR. Briefing and debriefing during simulation-based training and beyond: Content, structure, attitude, and setting. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2015;29:87-96.
- (64) Mullan PC, Kessler DO, Cheng A. Educational opportunities with postevent debriefing. *Journal of the American Medical Association* 2014;312:2333-4.
- (65) DeRue DS, Nahrgang JD, Hollenbeck JR, Workman K. A quasi-experimental study of after-event reviews and leadership development. *Journal of Applied Psychology* 2012;97:997-1015.
- (66) Schippers MC, Edmondson AC, West MA. Team reflexivity as an antidote to team information-processing failures. *Small Group Research* 2014;45:731-69.
- (67) Krugman RD, Jones MDJ, Lowenstein SR. Can we learn civility? Reflections on the challenge of changing culture. *Academic Medicine* 2014;89:1586-8.
- (68) Staender S, Wacker J, Kolbe M. Ausbildung im Thema «Patientensicherheit» – Fachkräfte früh für eine Sicherheitskultur sensibilisieren. In: Gausmann P, Henninger M, Koppenberg J, (Hrsg.). *Patientensicherheitsmanagement*. Berlin: De Gruyter; 2015. S. 370-6.
- (69) Rudolph JW, Simon R, Rivard P, Dufresne RL, Raemer DB. Debriefing with good judgement: Combining rigorous feedback with genuine inquiry. *Anesthesiology Clinics* 2007;25:361-76.
- (70) World Alliance for Patient Safety. *World Health Organizations Surgical Safety Checklist (First Edition)*. Geneva: World Health Organizations; 2008.
- (71) Detert JR, Burris ER. Leadership behavior and employee voice: Is the door really open? *Academy of Management Journal* 2007;50:869-84.
- (72) Tangirala S, Ramanujam R. Ask and you shall hear (but not always): Examining the relationship between manager consultation and employee voice. *Personnel Psychology* 2012;65:251-82.
- (73) Detert JR, Treviño LK. Speaking up to higher-ups: How supervisors and skip-level leaders influence employee voice. *Organization Science* 2010;21:249-70.
- (74) Weiss M. *Speaking up for the patient. Individual and team-related antecedents of voice in healthcare teams*. Zürich: Department of Management, Technology, and Economics, ETH Zürich; 2014.
- (75) Grant AM, Gino F. A little thanks goes a long way: Explaining why gratitude expressions motivate prosocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology* 2010;98:946-55.
- (76) Whiting SW, Maynes TD, Podsakoff NP, Podsakoff PM. Effects of message, source, and context on evaluations of employee voice behavior. *Journal of Applied Psychology* 2012;97:159-82.
- (77) Edmondson AC, McLain Smith D. Too hot to handle? How to manage relationship conflict at work. *California Management Review* 2006;49:6-31.
- (78) Tangirala S, Kamdar D, Venkataramani V, Parke MR. Doing right versus getting ahead: The effects of duty and achievement orientations on employees' voice. *Journal of Applied Psychology* 2013;98:1040-50.
- (79) Grant AM. Rocking the boat but keeping it steady: The role of emotion regulation in employee voice. *Academy of Management Journal* 2013;56:1703-23.
- (80) Minehart RD, Pian-Smith MC, Walzer TB, Gardner R, Rudolph JW, Simon R, et al. Speaking across the drapes: Communication strategies of anesthesiologists and obstetricians during a simulated maternal crisis. *Simulation in Healthcare* 2012;7:166-70.
- (81) Rudolph JW, Foldy EG, Robinson T, Kendall S, Taylor SS, Simon R. Helping without harming: The instructor's feedback dilemma in debriefing - a case study. *Simulation in Healthcare* 2013;8:304-16.
- (82) Rudolph JW, Simon R, Dufresne RL, Raemer DB. There's no such thing as "nonjudgmental" debriefing: A theory and method for debriefing with good judgment. *Simulation in Healthcare* 2006;1:49-55.
- (83) Smith-Jentsch KA, Salas E, Baker DP. Training teams performance-related assertiveness. *Personnel Psychology* 1996;49:909-36.
- (84) Sachse R, Collatz A. *Wie ruiniere ich meine Karriere - und zwar systematisch!* Stuttgart: Klett-Cotta; 2012.
- (85) Henriksen K, Dayton E. Organizational silence and hidden threats to patient safety. *Health Services Research* 2006;41:1539-54.
- (86) Reynard J, Reynolds J, Stevenson P. *Practical patient safety*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
- (87) Tucker AL, Edmondson AC. Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Management Review* 2003;45:55-72.
- (88) Srivastava R. Speaking up – When doctors navigate medical hierarchy. *New England Journal of Medicine* 2013;368:302-5.
- (89) Dankoski ME, Bickel J, Gusic ME. Discussing the undiscussable with the powerful: Why and how faculty must learn to counteract organizational silence. *Academic Medicine* 2014;89:1610-3.
- (90) Schwappach DL, Wernli M. Medication errors in chemotherapy: Incidence, types and involvement of patients in prevention. A review of the literature. *European Journal of Cancer Care* 2010;19:285-92.
- (91) Belela ASC, Peterlini MAI, Pedreira MLG. Medication errors reported in a pediatric intensive care unit for oncologic patients. *Cancer Nursing* 2011;34.
- (92) Taylor JA, Winter L, Geyer LJ, Hawkins DS. Oral outpatient chemotherapy medication errors in children with acute lymphoblastic leukemia. *Cancer* 2006;107:1400-6.
- (93) Walsh KE, Dodd KS, Seetharaman K, Roblin DW, Herrinton LJ, Von Worley A, et al. Medication errors among adults and children with cancer in the outpatient setting. *Journal of Clinical Oncology* 2009;27:891-6.
- (94) Weingart SN, Toro J, Spencer J, Duncombe D, Gross A, Bartel S, et al. Medication errors involving oral chemotherapy. *Cancer* 2010;116:2455-64.
- (95) Hong NJL, Wright FC, Gagliardi AR, Paszat LF. Examining the potential relationship between

- multidisciplinary cancer care and patient survival: An international literature review. *Journal of Surgical Oncology* 2010;102:125-34.
- (96) Lamb BW, Taylor C, Lamb JN, Strickland SL, Vincent C, Green JSA, et al. Facilitators and barriers to teamworking and patient centeredness in multidisciplinary cancer teams: Findings of a national study. *Annals of Surgical Oncology* 2013;20:1408-16.
- (97) Tangirala S, Ramanujam R. Employee silence on critical work issues: The cross level effects of procedural justice climate. *Personnel Psychology* 2008;61:37-68.
- (98) Schwappach DLB, Gehring K. Frequency of and predictors for withholding patient safety concerns among oncology staff: A survey study. *European Journal of Cancer Care* 2015;24:395-403.
- (99) Grenny J, Maxfield D, Shimberg A. How to have influence. *MIT Sloan Management Review* 2008; Fall 2008.
- (100) Vaughan D. The challenger launch decision. Risky technology, culture, and deviance at NASA. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1996.
- (101) Banja J. The normalization of deviance in healthcare delivery. *Bus Horiz* 2010;53:139.
- (102) Life WINGS. Thirteen things you must know about successful CRM implementations. Verfügbar unter: www.saferpatients.com [abgerufen am 23.9.2015].
- (103) Martinez W, Etchegaray JM, Thomas EJ, Hickson GB, Lehmann LS, Schleyer AM, et al. 'Speaking up' about patient safety concerns and unprofessional behaviour among residents: Validation of two scales. *BMJ Quality & Safety* 2015;E-Publikation vor Druck.
- (104) Walzer T. CRICO Operating room team training collaborative: An approach to speaking up. Verfügbar unter: www.rmhf.harvard.edu/Clinician-Resources/Article/2014 [abgerufen am 6.1.2015].
- (105) Tschan F, Semmer N. Geteilte mentale Modelle und Leistung in der Teamarbeit. In: Fisch T, Beck D, Englich B, (Hrsg.). *Projektgruppen in Organisationen*. Göttingen: Hogrefe; 2001. S. 217-35.
- (106) Baer M, Frese M. Innovation is not enough: Climates for initiative and psychological safety, process innovations, and firm performance. *Journal of Organizational Behavior* 2003;24:45-68.
- (107) Bienefeld N, Grote G. Speaking up in ad hoc multiteam systems: Individual-level effects of psychological safety, status, and leadership within and across teams. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2014;23:930-45.
- (108) Salazar MJB, Minkoff H, Bayya J, Gillet B, Onoride H, Weedon J, et al. Influence of surgeon behavior on trainee willingness to speak up: A randomized controlled trial. *Journal of the American College of Surgeons* 2014;219:1001-7.
- (109) Oertel R, Antoni CH. Wann und wie lernen Teams? Ein integriertes Modell des Teamlernens mit Berücksichtigung zeitlich-situativer Einflussfaktoren. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 2013;57:132-44.
- (110) Nonaka I. A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization Science* 1994;5:14-37.
- (111) Lankford MG, Zembower TR, Trick WE, Hacek DM, Noskin GA, Peterson LR. Influence of role models and hospital design on hand hygiene of healthcare workers. *Emerging Infectious Diseases* 2003;9:217-23.
- (112) Life WINGS. Research reveals a shockingly simple tool to get staff to speak up. Verfügbar unter: www.saferpatient.com/Newsletter/monthly-tip-sept2014.htm [abgerufen am 8.9.2014].
- (113) Morrison EW, Milliken FJ. Organizational silence: A barrier to change and development in a pluralistic world. *The Academy of Management Review* 2000;25:706-25.
- (114) Vaughan D. Organizational rituals of risk and error. In: Hunter B, Power M, (Hrsg.). *Organizational encounters with risk*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2004. S. 33-66.
- (115) Pound R. How speaking up improves safety and saves lives in the health service. Verfügbar unter: www.hsj.co.uk [abgerufen am 20.1.2015].
- (116) Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. *Menschliche Kommunikation* (12. Auflage). Bern: Huber; 2011.
- (117) Schulz von Thun F. *Miteinander reden: 1. Störungen und Klärungen*. Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation. Reinbek: Rowohlt; 1981.
- (118) McKoin S, Arbittier D, Wesner VS, Moorman DW, Castronuovo JJ. Building a culture of operating room safety using crew resource management. *Pennsylvania Patient Safety Advisory* 2010;7:1-3.
- (119) Dunn EJ, Mills PD, Neily J, Crittenden MD, Carmack AL, Bagian JP. Medical team training: Applying crew resource management in the Veterans Health Administration. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2007;33:317-25.
- (120) Brindley PG, Reynolds SF. Improving verbal communication in critical care medicine. *Journal of Critical Care* 2011;26:155-9.
- (121) Pratt SD, Mann S, Salisbury M, Greenberg P, Marcus R, Stabile B, et al. John M. Eisenberg Patient Safety and Quality Awards. Impact of CRM-based training on obstetric outcomes and clinicians' patient safety attitudes. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2007;33:720-5.
- (122) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *TeamSTEPPS 2.0. Module 6: Mutual support*. Verfügbar unter: www.ahrq.gov [abgerufen am 20.9.2015].
- (123) Marshall D. Assertive behavior in healthcare. High reliability in healthcare learning series. Verfügbar unter: www.saferhealthcare.com [abgerufen am 20.9.2015].
- (124) Life WINGS. Stop-the-line assertive statements training. Verfügbar unter: www.SaferPatients.com [abgerufen am 20.9.2015].
- (125) Oregon Patient Safety Commission. Improving communication with advocacy and inquiry simulation models. Verfügbar unter: www.oregonpatientsafety.org [abgerufen am 3.6.2015].

- (126) Kofman F. Advocacy and inquiry: Combining the basic steps of the dance of communication. Verfügbar unter: www.axialent.com [abgerufen am 20.9.2015].
- (127) Harden S. 8 tips about getting your staff to speak up that you absolutely can't ignore. Verfügbar unter: www.prweb.com [abgerufen am 20.9.2015].
- (128) Pennsylvania Patient Safety Authority. Letter to the editor: Working to reduce distractions in the operating room. PA Patient Safety Advisory 2015;12:84.
- (129) Regent E. Kommunikation als Führungsaufgabe. In: Von Rosenstil L, Regent E, Domsch ME, (Hrsg.). Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag; 2014. S. 213-22.
- (130) Fengler J. Feedback geben. Strategien und Übungen. Weinheim: Beltz; 1998.
- (131) Cooper RL, Meara ME. The organizational huddle process - optimum results through collaboration. Health Care Manager 2002;21:12-6.
- (132) Wilbur K, Scarborough K. Medication safety huddles: Teaming up to improve patient safety. The Canadian Journal of Hospital Pharmacy 2005;58:151-5.
- (133) Gerke ML, Uffelman C, Weber Chandler K. Safety huddles for a culture of safety. Patient Safety and Quality Healthcare 2010;May/June.
- (134) Gluck PA. Physician leadership: Essential in creating a culture of safety. Clinical Obstetrics and Gynecology 2010;53:473-81.
- (135) Provost SM, Lanham HJ, Leykum LK, McDaniel RRJ, Pugh J. Health care huddles: Managing complexity to achieve high reliability. Health Care Management Review 2015;40:2-12.
- (136) Institute for Healthcare Improvement. Huddles. Meeting tools 1. Boston, Massachusetts, USA; 2004.
- (137) Gollwitzer M. Implementation intentions. Strong effects of simple plans. American Psychologist 1999;54:493-503.

Publication sécurité des patients Suisse

Fondation pour la Sécurité des Patients
Bureau et Contact
Asylstrasse 77, CH-8032 Zurich
Tél. +41 (0)43 244 14 80
Fax +41 (0)43 244 14 81
www.securitedespatients.ch
info@securitedespatients.ch

Siège
c/o Académie suisse des
sciences médicales (ASSM)
Petersplatz 13, CH-4051 Bâle

ISBN 3-905803-19-4



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera
patient safety switzerland