

## Communication des remarques concernant la sécurité en oncologie

# Quand le silence est dangereux

David Schwappach<sup>a</sup>, Katrin Gehring<sup>b</sup><sup>a</sup> Prof. Dr, MPH, directeur scientifique Fondation pour la Sécurité des patients Suisse, <sup>b</sup> Dr phil., collaboratrice scientifique Fondation pour la Sécurité des patients Suisse

## Résumé

Les médecins et les membres du personnel soignant participant au traitement du patient sont souvent les premiers à s'apercevoir que quelque chose ne va pas ou qu'une erreur a été commise. Il est donc essentiel pour la sécurité des patients que ces personnes communiquent directement leurs observations. Nous avons cherché à savoir dans quels cas et de quelle manière les collaborateurs en oncologie attireraient l'attention de leurs collègues sur des erreurs ou des comportements à risque et à comprendre les facteurs expliquant leur attitude. Les résultats montrent que les médecins et les soignants vivent souvent des situations qui exigent une prise de renseignement, une remarque ou un éclaircissement. Les uns comme les autres utilisent fréquemment la communication non verbale – gestes ou mimiques – pour signaler à leurs collègues des problèmes de sécurité. En oncologie, la culture de la communication est déjà bien établie pour ce qui concerne la sécurité de la médication, tandis que dans d'autres domaines, les collaborateurs ont plus de difficultés à exprimer leurs remarques, notamment en cas de non-respect de règles d'hygiène ou dans le cadre de procédures invasives. Les plus jeunes et ceux qui sont placés à un niveau hiérarchique inférieur, en particulier, pèsent soigneusement le pour et le contre avant de signaler un risque à un collègue ou à un supérieur et finissent souvent par garder le silence. La volonté de préserver la sécurité des patients est mise en balance avec la crainte de créer un problème relationnel, de placer un collègue dans l'embarras ou de susciter l'inquiétude du patient. La culture qui prévaut dans la division est un facteur important expliquant le choix des collaborateurs de taire leurs doutes sur la sécurité.

## Introduction

En oncologie comme dans toute discipline médicale, les événements indésirables constituent un danger pour les patients. L'oncologie est un domaine qui se caractérise par une prise en charge multiprofessionnelle particulièrement complexe où toute erreur, même minime, peut occasionner de graves préjudices. La qualité de la communication au sein des équipes ainsi que la disposition des collaborateurs à exprimer leurs doutes

concrets sur la sécurité et à insister sur le respect des règles («*speak up*») sont des éléments importants pour la sécurité des patients et pour le développement d'une culture de la sécurité. Le «*speaking up*» peut être décrit comme la communication systématique des remarques concernant la sécurité dans des situations cliniques où il est nécessaire d'agir rapidement pour éviter au patient des préjudices potentiels, que ce soit en donnant une information, en posant une question ou en formulant une appréciation ou un avis [1]. Il est important pour la qualité des soins de santé que les remarques concernant la sécurité soient exprimées et entendues. Or les systèmes de déclaration d'erreurs et des analyses de cause racine indiquent que les collaborateurs des hôpitaux sont nombreux à garder le silence, alors qu'ils observent souvent au sein de l'équipe des erreurs, des comportements à risque ou des infractions aux règles

**Les plus jeunes et ceux qui sont placés à un niveau hiérarchique inférieur pèsent soigneusement le pour et le contre avant de signaler un risque à un collègue.**

de sécurité. Un précieux potentiel au niveau de la protection des patients contre les préjudices est ainsi perdu. D'où l'intérêt de comprendre les facteurs et les conditions motivant les médecins et le personnel soignant à communiquer clairement leurs incertitudes à leurs collègues. Dans notre étude, nous nous sommes intéressés aux expériences et aux éléments qui incitent les collaborateurs à s'engager en faveur de la sécurité des patients ou, au contraire, qui les retiennent de s'exprimer dans des situations concrètes. Nous avons voulu savoir à quelle fréquence les médecins et les membres du personnel soignant en oncologie avaient des doutes sur la sécurité, s'ils attireraient l'attention de leurs collègues sur des erreurs ou des comportements à risque et, si oui, de quelle manière ils le faisaient. Il s'agissait également d'identifier les facteurs expliquant leur attitude.

## Méthode

Neuf divisions d'oncologie situées dans des hôpitaux de Suisse alémanique ont participé à l'étude. Étaient représentés des hôpitaux universitaires, des hôpitaux cantonaux et des hôpitaux régionaux, des unités hos-

pitalières et des services ambulatoires ainsi que des cliniques d'oncologie pédiatrique. L'étude se composait d'entretiens qualitatifs avec des médecins et des soignants participant au traitement de patients en oncologie et d'une enquête écrite. Dans le cadre d'entretiens personnels semi-structurés, nous avons interrogé des professionnels de différents niveaux hiérarchiques sur leurs expériences et leur vécu personnel. Nous leur avons demandé dans quelles situations ils avaient des doutes sur la sécurité, comment ils décidaient du comportement à adopter, s'ils exprimaient leurs incertitudes et, si oui, de quelle manière ils le faisaient. Nous avons également voulu savoir quelle avait été la réaction de leurs collègues et de leurs supérieurs. Au total, nous avons mené 32 entretiens avec des soignants et des médecins dans des unités d'oncologie et des services ambulatoires. Ceux-ci ont été transcrits, puis codés à l'aide d'une méthode d'analyse de contenu (codage ouvert) et analysés par deux experts travaillant indépendamment l'un de l'autre. Le questionnaire écrit a quant à lui été adressé à tous les collaborateurs des divisions participant à l'étude. Ce document comprenait deux parties: la première, générale, portait sur la fréquence des doutes concernant la sécurité, les comportements adoptés, les attitudes, les normes, le soutien social ainsi que la sécurité psychologique au travail. La seconde se composait de quatre vignettes sur lesquelles les participants devaient donner leur avis. Ces exemples de cas sommaires présentaient à chaque fois une situation hypothétique dans laquelle un collègue commet une erreur ou ne respecte pas une règle de sécurité. Nous avons élaboré quatre «scénarios» de base, auxquels nous avons ajouté des détails que nous avons fait varier de façon systématique dans le cadre d'un plan d'expériences factoriel complet. Ces scénarios s'inspiraient des informations recueillies lors des entretiens de la première phase de l'étude. Ils inclu-

aient les cas suivants: une erreur de prescription passant inaperçue, l'omission de se désinfecter les mains avant l'inspection d'une plaie, la négligence du double contrôle de médicaments, la réalisation d'une ponction lombaire chez un patient sous chimiothérapie sans numération plaquettaire et contrôle des paramètres de la coagulation. Sept détails ont été intégrés dans ces scénarios en variant les modalités. Par exemple, dans l'un le protagoniste était un médecin-chef et dans l'autre un médecin-assistant. Chaque personne recevait quatre vignettes sélectionnées au hasard. Tous les participants devaient apprécier le cas présenté en répondant à une série de questions, par exemple évaluer la gravité du préjudice potentiel pour le patient et indiquer quelle serait leur attitude s'ils étaient témoin d'une telle situation. Au total, 1013 médecins et soignants ont pris part à l'enquête écrite.

## Résultats

Notre étude montre que les incertitudes concernant la sécurité sont fréquentes dans le quotidien des personnes interrogées. La moitié des médecins et des soignants participants ont indiqué remarquer au moins parfois une erreur pouvant faire courir un danger au patient (par ex. une prescription imprécise) et 37% ont déclaré observer au moins parfois un collègue ne respectant pas, volontairement ou involontairement, des règles pouvant être importantes pour la sécurité des patients (par ex. doubles contrôles ou directives en matière d'hygiène). Ces résultats témoignent d'une grande vigilance face aux risques pour la sécurité. Durant les entretiens, les participants ont signalé de nombreuses situations pouvant être à l'origine d'incertitudes sur la sécurité dans leur travail quotidien (tabl. 1) [2].

Il n'est pas rare que des remarques concrètes sur la sécurité et des propositions d'amélioration ne soient pas exprimées: un grand nombre des personnes interrogées ont indiqué avoir au moins une fois

- gardé pour elles leurs réflexions ou leurs idées pour améliorer la sécurité des patients dans leur division (74%);
  - décidé de ne pas exprimer leurs incertitudes concernant la sécurité des patients (72%);
  - préféré ne pas poser de questions relatives à la sécurité des patients dans leur division (54%);
  - constaté dans leur division des problèmes de sécurité potentiels sans les signaler à d'autres personnes (49%);
  - gardé le silence, alors que leurs remarques auraient pu contribuer à réduire un risque pour les patients (38%).
- Lorsqu'il est question de signaler des problèmes de sécurité, certains sujets sont plus difficiles que d'autres à aborder. Presque tous les épisodes de «silence» étaient

**Tableau 1:** Remarques concernant la sécurité fréquemment mentionnées lors des entretiens.

### Remarques fréquentes concernant la sécurité

<b>Circuit du médicament</b>	– Erreur de dosage / prescription d'une dose complète
	– Pas de prémédication / prémédication incorrecte
	– Erreur de débit d'une perfusion
	– Prescriptions contenant des erreurs
	– Pas de formulaire de prescription pour un traitement intrathécal
<b>Hygiène/isolement</b>	– Pas de gants / pas de désinfection des mains
	– Procédures non autorisées en isolement
	– Utilisation de matériel non stérile
<b>Décisions de traitement</b>	– Décision d'opérer
	– (Pas de) transfert en soins intensifs
<b>Procédures invasives</b>	– Ponction lombaire sans paramètres de la coagulation
	– Pas de masque/gants pour une ponction lombaire

en lien avec des mesures d'hygiène, la prise en charge de patients en isolement ou des procédures invasives. Il existe en revanche une culture de la communication bien établie en ce qui concerne la sécurité de la médication. La plupart des situations dans lesquelles des remarques n'ont pas été exprimées avaient en commun les caractéristiques suivantes: plusieurs personnes étaient présentes (par ex. visite médicale) et celles-ci appartenaient à des niveaux hiérarchiques ou à des groupes professionnels différents. Les participants ont rarement décrit des situations n'impliquant que des soignants ou des médecins de même niveau hiérarchique. Les résultats de l'enquête écrite confirment la relation existant entre la position dans la hiérarchie et la fréquence à laquelle les collaborateurs taisent leurs doutes sur la sécurité: plus la personne est haut placée, plus elle est prête à faire des remarques et à exiger le respect de règles importantes pour la sécurité. Une analyse de régression a montré qu'une bonne sécurité psychologique au travail (se sentir soutenu et traité équitablement par ses collègues et ses supérieurs) et un fort plaidoyer en faveur de la sécurité des patients (prendre fait et cause pour les patients) sont associés à une fréquence réduite des cas de silence [3]. De l'avis de la majorité des professionnels, de grandes compétences en communication interpersonnelle et coping sont nécessaires pour pouvoir exprimer des remarques et des doutes sur la sécurité – des qualités que tout le monde ne possède pas. Dans notre échantillon, nous avons observé des différences sensibles entre les divisions au niveau de la perception de la sécurité psychologique. Même après ajustement des données en fonction des caractéristiques des collaborateurs, ce paramètre important était au plus haut en oncologie pédiatrique. Il paraît plus facile d'établir dans ce cadre une culture et des styles de communication favorisant la prise de parole en cas de comportements problématiques. Lors des entretiens, les professionnels ont déclaré recourir à différents modes de communication, souvent non verbaux, pour exprimer leurs remarques. Une personne sur deux a indiqué utiliser des gestes et des mimiques pour attirer l'attention de ses collègues sur des questions de sécurité. En particulier quand il s'agit d'infractions aux règles d'hygiène, les participants ont d'abord cherché à ne pas mettre un collègue dans l'embarras, surtout en présence de patients (cf. box). En oncologie pédiatrique, notamment, ils ont fréquem-

#### Citation extraite d'un entretien

«Mettre soi-même un masque et voir s'il réagit, ou en mettre un et lui passer le matériel. C'est tout ce que nous aurions comme consignes ou directives.» (Médecin-assistant, oncologie pédiatrique, Suisse, 2013)

ment essayé de communiquer discrètement leurs doutes ou leurs remarques (par ex. en se raclant la gorge) pour ne pas inquiéter les parents des enfants pris en charge. Presque toutes les personnes interviewées ont affirmé qu'il était difficile de trouver les mots justes pour signaler des problèmes de sécurité à des collègues. Par conséquent, dans les situations où il faut décider rapidement, ils sont souvent pris de court, car ils n'ont pas le temps de trouver comment s'exprimer avec tact. Les collaborateurs adaptent leur discours à leur interlocuteur, adoptent un langage diplomatique et recourent parfois à des tactiques de communication élaborées, en particulier lorsqu'ils s'adressent à leurs supérieurs. Les médecins-assistants, par exemple, formulent souvent leurs doutes sous forme de questions. Ils «jouent les imbéciles» pour que le chef remarque le problème, alors qu'ils sont convaincus du danger pour le patient. La décision d'exprimer ou de taire ses incertitudes concernant la sécurité est souvent le résultat d'une pesée d'intérêts complexe [4]. D'un côté, la motivation première de protéger les patients contre le risque de préjudice et, de l'autre, la crainte de se mettre dans une situation difficile et de perturber de bonnes relations entre collègues. Cette évaluation du pour et du contre est particulièrement délicate lorsque les intervenants ne se connaissent pas bien et que la réaction de l'autre est donc difficile à prévoir. Au cours des entretiens, les personnes interrogées ont par exemple cité expressément des situations dans lesquelles des médecins-conseils ou des médecins-assistants en rotation étaient présents. En ce qui concerne les vignettes du questionnaire écrit, les participants ont majoritairement indiqué qu'ils signaleraient la situation risquée ou le non-respect des règles à leurs collègues. Toutefois, cette disposition variait beaucoup selon le scénario et la configuration des détails intégrés dans celui-ci (par ex. groupe professionnel auquel appartiennent les protagonistes; répétition de l'incident, etc.) [5]. En fonction de ces paramètres,

- 74 à 96% signaleraient à leur supérieur, médecin, que ce dernier n'a pas vu une erreur de prescription;
- 45 à 81% attireraient l'attention de leur collègue (médecin ou soignant) sur le fait qu'il a omis de se désinfecter les mains avant l'inspection d'une plaie;
- 82 à 94% feraient remarquer à un membre du personnel soignant la négligence du double contrôle de médicaments;
- 59 à 92% remettraient en cause le comportement d'un collègue médecin qui ne respecte pas les consignes de sécurité pour une ponction lombaire.

La disposition à signaler les incertitudes concernant la sécurité variait en moyenne de 25% pour un même scé-

nario en fonction de la manière dont la situation était décrite. Il est en outre apparu clairement que de nombreux professionnels jugeaient embarrassant de communiquer leurs remarques à leurs collègues. Toutes vignettes confondues, 31% des personnes sondées ont indiqué qu'elles trouveraient cette situation inconfortable. Le pourcentage le plus élevé – 42% – concerne la non-observation de la désinfection des mains.

L'évaluation du danger potentiel pour le patient hypothétique constitue le principal prédicteur de la prise de parole: plus la situation est jugée dangereuse et plus les personnes sondées se disent prêtes à intervenir et à s'exposer personnellement. Les avis des participants sur les exemples de cas et leurs déclarations sur le comportement qu'ils adopteraient font ressortir des différences marquées entre ceux qui assument une fonction dirigeante et ceux qui n'en ont pas, indicateur de la position hiérarchique dans la division: les personnes sans fonction dirigeante étaient nettement moins nombreuses à affirmer qu'elles s'exprimeraient dans le scénario présenté et ont sensiblement plus souvent trouvé la situation inconfortable. Il est intéressant de noter qu'indépendamment du groupe professionnel, toutes ont donné quasiment la même évaluation du danger potentiel pour le patient hypothétique, qu'elles aient ou non une fonction dirigeante. En d'autres termes, quand des personnes situées à un niveau inférieur n'expriment pas leurs incertitudes, ce n'est pas parce qu'elles n'ont pas vu le danger (ce qui serait plausible compte tenu de leur expérience clinique moins longue). Le risque est perçu de la même manière par les différents groupes, mais la propension à intervenir est moins grande chez les collaborateurs sans fonction dirigeante, car ils craignent davantage de créer des conflits et de perturber des relations entre collègues.

Les entretiens ainsi que les résultats de l'évaluation des vignettes montrent qu'une situation en particulier semble très difficile à gérer pour les professionnels: être témoin d'un acte risqué en présence d'un patient éveillé. Ce cas de figure fait naître un fort conflit d'intérêts entre, d'un côté, la volonté de protéger le patient de préjudices potentiels et, de l'autre, le désir de ne pas l'inquiéter et de ne pas mettre en péril la relation avec l'équipe responsable du traitement. Un dilemme difficile, qui se termine souvent par le choix de garder le silence, surtout lorsqu'il faut décider rapidement.

## Conclusion

Cette étude montre que les collaborateurs sont nombreux à éprouver des doutes sur la sécurité dans le quotidien clinique. Ils remarquent lorsqu'une situation ou le comportement d'un collègue peuvent avoir une

incidence sur la sécurité. Le personnel représente par conséquent un précieux potentiel pour la sécurité. La plupart des médecins et des soignants ont déjà fait l'expérience des deux attitudes: exprimer ses remarques, ses questions et ses doutes, ou se taire. Le silence s'explique par des facteurs individuels (âge, fonction, personnalité), par des facteurs organisationnels (sécurité psychologique, hiérarchie) et, surtout, par des facteurs contextuels (thème, participants, patients, évaluation des risques). Protéger le patient de préjudices évitables constitue la motivation principale amenant les collaborateurs à s'exposer à une situation inconfortable et perçue comme risquée pour eux. Il est problématique de constater que l'on revient très rarement sur le problème de sécurité exprimé une fois l'urgence passée. Autrement dit, la valeur du «*speaking up*» en tant qu'opportunité d'apprentissage ou d'amélioration au-delà du cas concret n'est pas encore reconnue. Les collaborateurs de l'hôpital, en particulier ceux qui occupent des positions inférieures, ont besoin d'un signal clair de leur hiérarchie leur montrant qu'on soutient le «*speaking up*» et qu'on attend d'eux qu'ils prennent la parole. Souvent, tout va très vite dans les situations présentant des risques pour la sécurité, ce qui ne laisse pas le temps de réfléchir pour trouver les «mots justes». Il peut donc être utile de se mettre d'accord, dans une division ou un cabinet, sur des formules, des gestes et des paroles acceptés de tous, personne ne les percevant comme blessants ou agressifs. L'amélioration de la sécurité des patients passe par la communication ouverte et systématique au sein de l'équipe des remarques sur des erreurs ou des comportements à risque et des incertitudes concernant la sécurité.

## Remerciements

Nous remercions tous les membres du personnel soignant et les médecins qui ont pris part à l'enquête ou aux entretiens. Nous exprimons également notre vive reconnaissance aux médecins-chefs et aux responsables des soins infirmiers des divisions d'oncologie participantes pour leur soutien. Cette étude a été financée dans une large mesure par la Promotion de la recherche de la Ligue suisse contre le cancer [KFS-2974-08-2012].

## Références

- 1 Okuyama A, Wagner C, Bijnen B. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(1):61.
- 2 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(5):e004740.
- 3 Schwappach DLB, Gehring K. Frequency of and predictors for withholding patient safety concerns among oncology staff: a survey study. *Eur J Cancer Care.* 2015;24(3):395–403.
- 4 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 Serv Res.* 2014;14(1):303.
- 5 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(8):e104720.