

Faculté de santé publique

Structuration de la communication interprofessionnelle en salle de réveil : intérêt d'un outil favorisant une plus grande structuration de la communication

Mémoire réalisé par
Emilie GUILMIN

Promoteur(s)
Pablo NICAISE

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Structuration de la communication interprofessionnelle en salle de réveil : intérêt d'un outil favorisant une plus grande structuration de la communication

Mémoire réalisé par
Emilie GUILMIN

Promoteur(s)
Pablo NICAISE

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je voudrais témoigner toute ma reconnaissance à toutes les personnes qui, d'une manière ou d'une autre, ont participé à l'élaboration de ce travail de recherche.

Je tiens à remercier mon promoteur de mémoire, Monsieur P. Nicaise, de m'avoir encadrée et orientée tout au long de l'année, pour ses conseils avisés, et sa précieuse aide qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Ensuite, je souhaite exprimer toute ma gratitude aux équipes médicales et infirmières du réseau CHU UCL Namur qui ont répondu positivement à ma demande d'interviews ; sans eux, ce travail n'aurait pas vu le jour.

J'aimerais remercier particulièrement Emmanuelle Thiry pour sa disponibilité, son positivisme, son punch et sa foi en moi.

J'aimerais remercier ma famille, mes amis et Damien, qui ont toujours été source de soutien, d'encouragements et surtout de motivation.

Pour finir, je souhaiterais accorder une tendre attention à mes chers parents. Déjà plusieurs années que la justesse de leurs critiques me permet d'être et de devenir.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Termes épiciènes

Dans notre mémoire, nous utiliserons divers termes qui qualifient les professionnels de la santé sauf mention spécifique, les noms couvrent les professionnels des deux genres.

Par exemple : médecins/anesthésistes/infirmiers ne ciblent aucun genre. Par contre le mot « infirmière » ne pointe que les femmes.

Synonymes

Lors de notre partie pratique, nous avons représenté les anesthésistes et les infirmières par certains termes tels que : « professionnels de la santé », « prestataires de soins », « soignants » ou encore « professionnels ».

Le « nous » de modestie

Dans ce travail, nous emploierons le pronom « nous » tout en maintenant un accord selon le sens et non selon la grammaire (sylleptique).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
CADRE THÉORIQUE.....	10
A. Contexte	10
B. Les facteurs influençant la communication	11
1. L'appartenance disciplinaire des soignants	12
2. Les rapports de forces.....	13
3. Le transfert de responsabilité	15
4. La complexité de l'information	15
C. Les conséquences d'une mauvaise communication	17
1. Conséquences pour le patient	17
2. Conséquences professionnelles.....	18
3. Conséquences organisationnelles.....	19
D. Les solutions existantes.....	20
I-PASS.....	20
SBAR.....	22
E. But et question de recherche.....	23
CADRE PRATIQUE	25
A. Méthodologie	25
1. Le choix de la méthode	25
2. L'échantillon.....	25
3. Les entretiens.....	25
3.1. Élaboration du guide d'entretien	25
3.2. Déroulement des entretiens	26
4. La méthode d'analyse	26
B. Résultats.....	27
1. Description de l'échantillon	27
2. Analyse thématique	28
a. Arbre de codage.....	28
b. Analyse descriptive par thématique	29
3. Analyse interprétative.....	43

DISCUSSION	46
A. Résumé des résultats	46
B. Lien entre la revue de la littérature et les résultats récoltés sur le terrain	47
1. Facteurs.....	47
2. Conséquences	50
3. Outil.....	51
C. Les limites du travail.....	52
D. Les perspectives	52
1. Perspectives personnelles.....	52
2. Perspectives organisationnelles.....	53
3. Perspectives cliniques	54
4. Perspectives de recherche	54
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE.....	57
ANNEXES.....	64
Annexe 1 : Guide d’entretien.....	64

INTRODUCTION

Dans le contexte des soins de santé, un nombre considérable de professionnels doit cohabiter, coopérer, travailler, avancer... ensemble. De ce fait, une idée commune les réunit : le travail, qui se réalise avec des gestes, des savoir-faire, des savoir-être, des connaissances, des procédures et des règles, mais aussi avec des mots (Leyreloup, 2002). L'élément principal de la communication est la parole. Celle-ci, un des principaux outils du soignant. C'est pourquoi le contexte de la communication se pose au sein d'une organisation structurée avec ses normes, ses codes, ses valeurs, ses protocoles, etc.

Il est nécessaire de spécifier que l'action de communiquer n'est pas simplement de transmettre une information, un message. En effet, la communication est un processus complexe qui articule de multiples interactions entre les nombreux acteurs qui construisent une relation. De ce fait, une équipe de chercheurs canadiens a proposé la définition du terme « communication » en santé comme étant la suivante : *« elle se définit comme un échange, verbal ou par tout autre moyen, entre un médecin, le patient, les proches de celui-ci, un autre professionnel de la santé ou avec un public. La communication professionnelle en médecine comporte essentiellement deux fonctions : 1) l'échange d'informations ; 2) le développement d'une relation [...] »* (Richard et al., 2011, p.258).

Pour informer nos semblables, nous communiquons. Dès lors, la communication se fait entre un ou plusieurs acteurs. Mais au sein d'une institution hospitalière, ceux-ci sont nombreux. Avec des fonctions et des niveaux hiérarchiques différents, ils vont interagir pour un objectif commun : la prise en charge du patient (Gentil, 2010). Dans cette complexité, cela peut donc engendrer des problèmes de communication, qui peuvent créer des conséquences dramatiques et ainsi diminuer la qualité des soins. C'est ainsi qu'il serait judicieux de recommander des propositions d'actions en réaction à de telles conséquences.

CADRE THÉORIQUE

A. CONTEXTE

La communication dans les soins de santé englobe une multitude de fonctions. « *La communication constitue le fondement même de l'ensemble des activités hospitalières. [...] Elle est présente au niveau institutionnel, au niveau des acteurs de différentes disciplines, au niveau interpersonnel au sein des équipes ainsi que dans la dyade de la relation au patient* » (Haberey-Knuessi et al., 2013, p.10). En outre, la communication est également un des piliers de la prévention qui permet d'apporter une information, une connaissance validée à un public cible (Massaoui-Bournane et Claver, s.d).

La communication dans les soins est caractérisée par un mode particulier de relations. En effet, elle est un processus complexe qui articule de multiples interactions entre des acteurs qui construisent une relation. Nous retrouvons les relations « soignant soigné », mais également les relations entre soignants. Celles-ci sont construites autour du transfert d'informations, indispensables au travail de chaque soignant, ce qui nécessite une communication suffisamment efficace/réussie.

Comme nous l'apprend Cordonnier (2001), la communication des soignants répond donc à l'objectif principal de toute communication, à savoir, la transmission d'informations. Actuellement, par le biais des technologies de l'information, les modalités de ces échanges sont modifiées à commencer par l'accès aisé à des informations médicales (avérées ou erronées) ou par la consultation et l'échange de données médicales, nécessitant une parfaite sécurité, pour assurer la confidentialité et le respect du secret médical.

Dans ce travail, nous allons nous pencher essentiellement sur la communication orale interprofessionnelle. Smith et al. (2008) montrent qu'il existe un ensemble de documents de recherches important sur les transmissions d'informations entre les infirmiers eux-mêmes, et une attention, récente, pour la communication entre les médecins eux-mêmes.

Dans cette recherche, nous avons choisi d'explorer essentiellement la communication entre infirmiers et médecins. Cette communication sera observée dans un environnement bien précis : la salle de réveil. En effet, ce choix nous semble pertinent parce que cet endroit est un lieu où la communication est importante. Dans leur étude, Smith et al. (2008) ont observé que la salle de réveil est un environnement dynamique et en évolution rapide. En effet, dans cet environnement, les professionnels de la santé doivent prendre soin de patients dans un état dit

« à risque ». C'est ainsi que Woodhall et al. (2008) décrivent la salle de réveil comme un environnement à stress élevé. Cet environnement dynamique est composé « d'équipes d'action », car ce sont des groupes dans lesquels la composition change régulièrement et où différentes cultures professionnelles sont présentes dues aux différents spécialistes qui y circulent (Manser, 2008).

Les infirmiers et les médecins sont fréquemment confrontés à des situations exigeant une communication claire et rapide puisque les discussions sont menées dans un environnement de travail trépidant dans lequel ils doivent accomplir plusieurs tâches et s'occuper de nombreux patients à la fois. C'est ainsi que lorsque les messages ne sont pas clairement explicités par l'émetteur ou sont mal compris par le récepteur certains renseignements peuvent être omis ou mal interprétés et c'est alors que des événements indésirables peuvent dès lors survenir (Woodhall et al., 2008).

Dans la partie théorique, nous allons d'abord, expliciter les différents facteurs qui influencent la communication entre les prestataires de soins. Ensuite, nous décrirons les conséquences possibles d'une mauvaise communication et terminerons en identifiant certains outils permettant de structurer la communication afin de tenter de diminuer les accidents éventuels que pourrait provoquer une communication inefficace.

B. LES FACTEURS INFLUENÇANT LA COMMUNICATION

Une toile complexe de facteurs individuels, collectifs et organisationnels peut être un frein majeur à la qualité de la transmission de l'information entre les prestataires de soins (Dayton et Henriksen, 2007). Ce vaste ensemble de facteurs est à prendre en compte. Cependant, dans ce travail nous avons fait un choix subjectif et nous avons donné priorité à certaines catégories, à savoir : l'appartenance disciplinaire des soignants, les rapports de force, le transfert de responsabilités et la complexité de l'information.

Cependant, d'autres obstacles peuvent aussi potentiellement contribuer aux difficultés de la communication entre les professionnels de la santé. La différence de sexe, les malentendus, les distractions, les interruptions, mais aussi les facteurs dits « humains » comme la fatigue, le stress, le comportement, la personnalité, et le caractère des soignants. (Dingley et al., 2008 ; Leonard et al., 2004 ; Salik et Ashurst, 2019 ; Sutcliffe et al., 2004). Toutefois, nous ne les avons pas repris parce qu'ils sont omniprésents dans l'environnement des soins de santé et difficilement corrigibles.

1. L'APPARTENANCE DISCIPLINAIRE DES SOIGNANTS

Dans cette catégorie, les facteurs abordés sont le vocabulaire et les codes, la formation des professionnels, la culture professionnelle ainsi que le langage et le dialogue.

Le code utilisé par les professionnels de la santé est propre à eux. Ils utilisent un vocabulaire professionnel ainsi que des abréviations (Woodhall et al., 2008). En effet, en fonction de l'horizon du professionnel, chacun a son jargon distinctif et spécialisé (Dayton et Henriksen, 2007). Selon Smith et al. (2008), les anesthésistes ont un code familier qui est de se référer à leurs « habitudes » de fonctionnement notamment concernant la combinaison des médicaments ou encore de la technique de l'anesthésie.

En matière de formation, chez les médecins et les infirmiers, les styles et les méthodes de communication se présentent différemment ce qui peut compliquer davantage la communication (Dingley et al., 2008). Pour communiquer, les infirmiers, durant leur formation, ont été sensibilisés à rendre compte de leurs observations cliniques sous forme narrative en fournissant le plus de détails possible (cf. rapport de stage, par exemple) (Haig et al., 2006). Léonard et al. (2004) expliquent également que les infirmiers sont formés à être très larges dans leurs descriptions cliniques. D'ailleurs, il surnomme celles-ci comme : « *paint the big picture* » que nous pouvons comprendre comme une description détaillée et fournie. Alors que les médecins, quant à eux, sont formés pour communiquer en utilisant souvent un format abrégé, en se concentrant sur les informations clés (Haig et al., 2006). De ce fait, ils peuvent être très concis et accéder rapidement aux buts (Leonard et al., 2004). Cependant, cela n'est pas lié à un problème de capacité à communiquer, mais plutôt au centre d'intérêt des uns et des autres.

Concernant les programmes d'enseignement, il est vrai que ceux-ci concentrent certains professionnels de la santé sur les habilités techniques et, ce, en négligeant la communication et le travail d'équipe (Dingley et al., 2008).

Les compétences que se doit de maîtriser l'infirmier responsable de soins généraux sont la communication professionnelle, la coopération et la coordination avec les membres d'autres professions du secteur de la santé (Directive européenne, 2013, art.31, §6). Quant aux médecins, selon l'article 11 du Code de déontologie médicale commenté (2018), ceux-ci doivent « *collaborer avec les autres prestataires de soins* » et partager « *les informations utiles et nécessaires sur le patient avec les confrères et autres prestataires de soins impliqués dans le traitement du patient* ». Ce qui montre bien que les deux professions doivent pouvoir communiquer en équipe.

La culture professionnelle, les normes et les valeurs varient selon la profession de l'acteur de soin (Leonard et al., 2004). Les médecins et les infirmiers ne sont pas formés pour répondre aux mêmes besoins et cela influence ce à quoi ils tendent à être sensibles et ce à quoi ils font attention. En effet, la plupart des médecins ont tendance à accorder une importance particulière aux connaissances médicales et au traitement accordé au patient. Quant aux infirmiers, généralement, ils sont attentifs aux facteurs observables pendant toutes les prestations de soins du patient (Dayton et Henriksen, 2007).

Afin que les professionnels de la santé cohabitent et collaborent efficacement pour remplir leur mission commune, offrir des soins appropriés aux patients, il est indispensable et complémentaire qu'une bonne communication s'installe entre les différents professionnels de la santé. Cela passe évidemment par le respect de la façon d'être de chacun, dans sa personnalité professionnelle. Le dialogue permet de faciliter l'établissement de la crédibilité et les relations professionnelles (Lingard et al., 2002). Il est nécessaire de veiller à respecter les exigences que le dialogue demande, à savoir : le désir de dialoguer, l'importance de reconnaître l'autre comme un individu sensible, le temps de l'écoute, le doute, l'interdit de la persuasion, l'importance de l'argumentation et la notion de silence. Ces exigences sont les garanties d'une meilleure démarche clinique soignante, pour laquelle il est important de savoir s'exprimer et se faire comprendre communément. C'est dans la confiance et la souplesse de langage qu'il est possible d'établir une véritable communication (Hesbeen, 2008). Cet apprentissage est réalisé par les autres professionnels, dans la formation des novices, et permet ainsi de façonner leur identité professionnelle (Lingard et al., 2002).

2. LES RAPPORTS DE FORCES

Dans cette catégorie, nous regrouperons les facteurs tels que la hiérarchie, l'intimidation et l'ancienneté.

L'organisation des institutions de soins est un système complexe qui se base sur une structure organisationnelle hiérarchique entre les professionnels de santé. De ce fait, la communication peut être compliquée et être affectée par le statut hiérarchique des personnes. En effet, il existe une hiérarchie dite « fonctionnelle » logique, qui correspond à la manière dont les choses sont organisées. C'est une structure bien ancrée. Cependant, la différence de statuts peut parfois entraîner une retenue dans la communication due à la crainte inspirée par les supérieurs (Dingley et al., 2008 ; Haller et al., 2011). Il existe également d'autres types de rapports

hiérarchiques entre les personnes, mais qui n'ont rien avoir avec la manière dont les choses sont organisées. Leonard et al. (2004) expliquent que la hiérarchie peut empêcher les individus de s'exprimer. Cela se définit par une hiérarchie dite « dysfonctionnelle ». Il est vrai que le contraste des niveaux hiérarchiques entre les individus engendre des différences de puissances importantes, mais a également une influence sur la manière de communiquer et d'être critique concernant les informations (Dingley et al., 2008 et Sutcliffe et al., 2004). La culture professionnelle peut aussi entraver la qualité de la communication. Certaines personnes qui ressentent être de statut inférieur ont tendance à détourner leur communication ou ne pas mettre en avant les problèmes qu'ils rencontrent afin d'éviter d'être en confrontation avec les personnes qui sembleraient détenir plus de pouvoir (Dayton et Henriksen, 2007). Pour terminer, le facteur « personnalité » peut aussi entraver la qualité des rapports. Une personne autoritaire au sein d'une équipe ne favorisera pas une communication efficace et ne facilitera donc pas l'implication des acteurs dans la création d'une structure commune et inversement, la personne plus timide aura des difficultés à entrer en communication (Leonard et al., 2004).

En lien avec la supériorité hiérarchique dysfonctionnelle, nous retrouvons un autre facteur relevé par Dingley et al. (2008) : l'intimidation. Celle-ci conduit à une culture de retenue de l'échange plutôt qu'à un sentiment de communication ouverte et constructive, car les intervenants se sentent incapables d'échanger efficacement leurs préoccupations et leurs questionnements. Malheureusement, Smetzer et Cohen (2005) ont remarqué, dans leur étude, que l'intimidation est assez fréquente, quelle que soit la source et de plus, elle est souvent implicite, que ce soit dans l'intonation vocale, ou dans l'impatience des questions.

D'ailleurs, la communication entre un professionnel débutant et un professionnel sénior peut amplifier des problèmes de transmissions et de compréhension (Haute Autorité de la Santé, 2014). Dans l'étude de Smetzer et Cohen (2005), les infirmiers moins expérimentés signalent qu'ils rencontrent des personnes moins impliquées à leur égard. De plus, les infirmiers ayant moins de deux années d'expérience ont été victimes de comportements intimidants par les médecins. Ajouté à cela, Brindley et Reynolds (2011) établissent un parallèle entre le monde de l'aviation avec le monde médical et observent que les discours entre une personne junior et une personne sénior contribuent aux erreurs et par conséquent aux accidents. Effectivement, le professionnel débutant aura tendance à utiliser et s'attendre à un style de communication moins direct, plus détaillé. De plus, il est possible qu'il ne saisisse pas les allusions faites par le clinicien plus ancien. C'est ainsi que Brindley et Reynolds (2011) trouvent qu'il serait judicieux de mettre en place une autorité et une communication horizontales afin de permettre aux jeunes

professionnels de s'exprimer sans retenue ni gêne et encourager les anciens à les écouter. Cependant, ils constatent que beaucoup de médecins ne participent pas à l'autorité et la communication horizontales.

3. LE TRANSFERT DE RESPONSABILITÉ

La coordination des soins est présente dans nos milieux de santé, mais ceux-ci sont à la traine pour reconnaître et agir sur les échecs liés à la coordination et à la communication. En effet, il existe trop souvent une confusion de rôles ou des conflits par rapport à la limite concernant la responsabilité des soins (Dayton et Henriksen, 2007). C'est pourquoi Lingard et al. (2002) révèlent l'importance de la communication. C'est la raison pour laquelle le discours et la parole facilitent les relations et ainsi la répartition des responsabilités et des rôles. Il est vrai que la recherche d'identification des rôles de chacun pourrait être un gain de temps si celle-ci était plus accessible et ainsi mieux définie (Coiera et Tombs, 1998).

Il a été montré par Smith et al. (2008) qu'un transfert d'informations ne signifie pas automatiquement qu'il y a également un transfert de responsabilité professionnelle. En effet, le transfert de responsabilité dépend de la confiance mutuelle entre les infirmiers et les anesthésistes. Or, dans le « Guide pédagogique pour la sécurité des patients » de l'OMS (2011, p.139), il est spécifié que *« les transmissions correspondent au transfert des responsabilités professionnelles de tout ou partie des soins d'un patient ou d'un groupe de patients à une autre personne ou à un autre groupe de professionnels, temporairement ou de façon permanente »*. Nous remarquons ainsi des points de vue différents selon les auteurs. D'une part, sachant que le transfert d'informations ne suppose pas un transfert de responsabilité, nous pourrions nous interroger de savoir s'il y a un risque d'omissions ou de restrictions de l'information étant donné que la responsabilité reste liée à la personne initiale. D'autre part, nous pourrions supposer que certains professionnels de la santé craignent que les transmissions d'informations équivalent à un transfert de responsabilité. Nous serions amenée alors à penser que le professionnel, après le transfert, se déleste de la prise en charge du patient.

4. LA COMPLEXITÉ DE L'INFORMATION

La communication entre les professionnels ne tient pas qu'à leurs aspects interindividuels. Elle tient aussi à des aspects interorganisationnels. Il est vrai que la quantité grandissante des informations et des données à régir constitue une difficulté supplémentaire pour obtenir une communication de qualité. Faciliter les transmissions de soins est l'un des problèmes les plus

épineux de la communication en matière de santé. Le Bars (1998, p.12) rappelle que les transmissions orales peuvent être source de problèmes : « *Elles ne laissent aucune trace ; il existe un risque de déformation, d'interprétation de l'information ; il existe un risque d'oubli* ». Remarquons que les transmissions écrites sont les seuls documents légaux pouvant être saisis par la justice grâce à leur traçabilité (Code de déontologie médicale commenté 2018, art. 22). Pourtant, aucun document concernant le passage en salle de réveil n'est recensé dans le dossier du patient, selon l'étude réalisée par Smith et al. (2008).

L'ensemble des informations concernant la santé du patient est recensé dans les « dossiers patients ». C'est pourquoi les transmissions orales entre soignants sont moins nombreuses. Les différents outils de communication électroniques s'imposent au détriment des échanges directs (Haberey-Knuessi et al., 2013). Cependant, régulièrement, des renseignements précis et/ou complexes doivent être communiqués, exigeant une réponse immédiate ou en un temps opportun. C'est ainsi que les erreurs peuvent être accumulées ou des omissions d'informations essentielles qui pourraient engendrer des conséquences désastreuses.

Haller et al. (2011) font remarquer qu'une étude a mis en évidence un problème de transmission de l'information de la part des anesthésistes. En effet, 67% d'entre eux ne communiquent pas de manière claire l'information lors de l'arrivée du patient en salle de réveil.

La communication tardive et le contenu pas toujours complets et précis, font également partie des facteurs que Lingard et al. (2004) ont énumérés dans leur étude.

Le fonctionnement d'une institution hospitalière est tellement complexe que la circulation de l'information est capitale pour permettre la bonne coordination des activités de soins (Haberey-Knuessi et al., 2013). Au niveau organisationnel, c'est à partir de la capacité de coordination du processus de prise en charge des patients que découlera la performance d'une institution tant au niveau du coût, de la qualité, et des délais. Cette performance hospitalière découle également de la standardisation des pratiques (Gentil, 2010).

Nous pouvons comprendre que la communication orale entre les professionnels peut être tant formelle qu'informelle. En effet, la communication formelle définit la forme de la communication par un accord préalable. Elle est structurée et a comme objectif le partage efficace des informations essentielles à la coordination et la sécurité des soins. La communication informelle fait partie intégrante de la culture médicale et peut être considérée comme une aide ponctuelle. Elle permet de découvrir les aptitudes de chacun, d'échanger ses connaissances, ses choix, ses expériences, ses valeurs personnels pour ainsi développer une relation de confiance avec ses pairs. C'est ainsi qu'elle représente une forte force de

socialisation. Elle contribue également au bien-être de chacun et au climat de travail propice à un épanouissement personnel et professionnel. Elle est décrite comme essentielle au fonctionnement du système médical, et contribue ainsi à la qualité des soins (Jamoulle et al., 2016).

C. LES CONSÉQUENCES D'UNE MAUVAISE COMMUNICATION

Dans cette partie, nous retrouvons les conséquences possibles liées à une mauvaise communication. Nous avons essayé de les classer en trois catégories : les conséquences pour le patient, les conséquences pour les professionnels et les conséquences pour l'organisation / l'hôpital.

1. CONSÉQUENCES POUR LE PATIENT

Une communication intimidante peut avoir des conséquences sur le patient. En effet, l'étude de Smetzer et Cohen (2005) a mis en évidence qu'à la suite d'un comportement intimidant de la part du médecin, 7% des professionnels de la santé (pharmaciens, infirmiers), répondant à l'enquête de l'Institute for Safe Medication Practices (ISMP) au Canada en 2003, ont indiqué qu'ils avaient été impliqués dans une erreur de médication, ce qui est dommageable pour le patient. Ils l'expliquent en disant que les individus de l'étude se sont sentis obligés de donner un médicament, car ils se sentaient intimidés et ne se sentaient pas capables de faire part de leurs préoccupations concernant le médicament à donner.

Dans plus de la moitié des rapports d'analyse de causes profondes des hôpitaux danois, une erreur de communication entre le personnel a contribué à de graves incidents de sécurité pour le patient, notamment une erreur médicamenteuse, un mauvais diagnostic, ou encore un retard de traitement (Rabol et al., 2011). Lors d'études multisites dans les unités de soins intensifs aux États-Unis, une mauvaise communication entre les soignants a, entre autres, contribué à augmenter la mortalité et les durées de séjours d'un facteur de 1,8, tout en tenant compte des patients à risques (Dingley et al., 2008). De même, Leonard et al. (2004) expliquent que des problèmes hiérarchiques peuvent engendrer des risques inutiles comme une limitation de la prédiction et de la surveillance de ce qui est censé se produire envers le patient.

Selon Suva et al., citant un rapport américain de 2000, 43 à 65% des accidents survenant au bloc opératoire aux États-Unis seraient liés à un problème de communication entre les soignants plutôt qu'à une erreur du chirurgien ou à la santé du patient. Haller et al. (2011) relèvent aussi

que des problèmes de communication provoquent une morbidité et mortalité potentielles pour les patients lors du passage en salle de réveil.

2. CONSÉQUENCES PROFESSIONNELLES

Les échecs de communication touchent les professionnels de la santé à différents niveaux. Selon Lingard et al. (2004), lors de leurs observations au bloc opératoire durant des procédures de chirurgie générale et vasculaire en 2003, il y a près de 36,4% des échecs de communication ayant des effets « visibles » sur les processus. Dayton et Henriksen (2007) le confirment dans leur étude sur la communication en salle d'opération en montrant, eux aussi, qu'un tiers des échecs de communication ont eu des effets visibles sur les prestations de soins. Ceux-ci sont, notamment, l'inefficacité, la tension au sein de l'équipe, le gaspillage des ressources (tant personnelles que professionnelles), des retards, la solution de contournement, des inconvénients pour le patient et des erreurs de procédure (Lingard et al., 2004). Haller et al. (2011) relèvent aussi des événements indésirables dus à des problèmes de communication comme une perte de temps et de ressources, une inefficacité et de la frustration pour les infirmiers. Pronovost et al. (2003) signalent aussi que les échecs de communication entraînent l'insatisfaction et le « turn-over » des soignants.

De plus, tous les professionnels de la santé sont susceptibles d'être touchés par les distractions. C'est ainsi que celles-ci peuvent entraîner une pression supplémentaire sur la mémoire de travail, et donc réduire l'attention et augmenter également le stress (Wheelock et al., 2015). De plus, les cliniciens peuvent ressentir un sentiment faible d'appartenance à une équipe et c'est ainsi que ce sentiment de confiance est fragile. De ce fait, ils doivent sans cesse démontrer leurs compétences (D'Amour et al., 2008). C'est pourquoi il est nécessaire de créer un environnement de travail propice pour développer une communication ouverte et favorable influençant positivement sur le travail d'équipe, la satisfaction du personnel et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients (Beckett et Kipnis, 2009). En effet, la dynamique de l'équipe influence l'attention à percevoir correctement l'information (Lingard et al., 2002).

Concernant le facteur « responsabilité », selon Dayton et Henriksen (2007), sans responsabilité explicitement transférée ou communiquée, le conflit de rôle amène une ambiguïté et un manque de clarté par rapport à qui est responsable ou qui a le pouvoir. C'est ainsi que, les individus sont moins susceptibles de répondre à un besoin, même évident, et ne produisent alors pas les soins optimaux dans le parcours du patient. Lorsque les responsabilités sont bien définies, les échanges entre les prestataires doivent répondre aux objectifs d'assurer la continuité des soins

tout en développant un processus de collaboration (D'Amour et al., 2008). Le transfert de responsabilité est basé sur un échange informel et sur une confiance mutuelle (Smith et al., 2008). L'importance des échanges informels va permettre de rendre la communication plus riche « *tant sur le plan de la qualité des informations et de leur continuité que sur le plan de la satisfaction personnelle des soignants* » (Haberey-Knuessi et al., 2013, p.15). La diminution des transmissions orales au profit des dossiers du patient a pour conséquence l'« *appauvrissement des relations et de la reconnaissance mutuelle entre les acteurs de l'institution ainsi qu'une diminution de l'identification à celle-ci* » (Haberey-Knuessi et al., 2013, p.11).

Il est vrai que la manière dont chacun perçoit le rôle de l'autre influence fortement les échanges entre les individus. La coopération de ces différentes populations de professionnels peut s'avérer difficile au point de générer de nombreux dysfonctionnements (climat de compétition, différences de valeurs, intérêts...). « *Il est certain qu'il ne suffit pas de réunir des professionnels en équipe pour conduire à une pratique collaborative efficace et satisfaisante* » (Louis Simonet, 2017, p.1771). Mais, la communication est un facteur déterminant de la collaboration interprofessionnelle permettant alors d'assurer la sécurité des patients (Fox et al., 2019 ; King et al., 2008). En effet, lorsque chaque membre de l'équipe connaît ses responsabilités, ainsi que celles des autres, les équipes commettent moins d'erreurs, car les objectifs à atteindre par chacun sont clairement définis (King et al., 2008). Toutefois, des erreurs peuvent être commises, même si les prestataires de soins sont qualifiés et expérimentés (Leonard et al., 2004).

3. CONSÉQUENCES ORGANISATIONNELLES

Dans son étude, Kohn et al. (2000) affirment que le problème n'est pas que de mauvaises personnes travaillent dans les soins de santé, mais plutôt de bonnes personnes travaillant dans de mauvais systèmes qui doivent être rendus plus sûrs.

Concernant les aspects organisationnels, ceux-ci vont avoir une influence tant sur la qualité de l'activité des soins que sur la prise en charge des patients étant donné que la coordination, l'organisation et la programmation des soins vont être liées au partage de l'information (Haberey-Knuessi et al., 2013).

Pour finir, une mauvaise communication a aussi des conséquences pour l'organisation dans son ensemble : si la qualité des soins diminue, la réputation de l'hôpital est moins bonne, et cela

peut avoir des conséquences financières de même avec des durées de séjours inappropriées, ce qui entraîne des réductions de personnel, avec donc encore plus de risques de surcharge de travail et donc d'erreurs médicales. À contrario, lorsqu'une équipe de soins utilise un outil afin de mieux définir les objectifs de soins, cela permettrait de diminuer de 50% les durées de séjours (Pronovost et al., 2003).

D. LES SOLUTIONS EXISTANTES

Précédemment, nous avons relevé et détaillé un ensemble de facteurs pouvant engendrer des problèmes de communication ainsi que leurs conséquences. Néanmoins, la communication entre professionnels peut être facilitée par l'utilisation d'un outil partagé. En conséquence, nous allons montrer des solutions existantes qui peuvent assurer la communication de bons renseignements aux bonnes personnes et au bon moment. Il existe des mécanismes pour promouvoir les transferts d'informations efficaces. Toutefois, il est nécessaire de comprendre et surtout de maîtriser ces outils pour permettre d'améliorer nettement la communication et contribuer à un meilleur cadre sécuritaire pour les patients.

I-PASS

TeamSTEPPS est un système de formation au travail en équipe complet développé aux États-Unis par le ministère de la Défense (DoD) et l'Agence pour la recherche et la qualité des soins de santé (AHRQ) (King et al., 2008). Cet acronyme abrège « Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety », soit en français « stratégies et outils pour améliorer la performance d'équipes et la sécurité des patients ». TeamSTEPPS a pour mission d'améliorer la sécurité des patients en normalisant la communication. Elle se penche sur la fiabilité et la sécurité des soins en décelant les principaux obstacles au travail d'équipe (Staines et al., 2016).

Staines et al. (2016) ont écrit également que TeamSTEPPS travaille sur la structure du travail d'équipes par le biais de quatre compétences :

- la communication : utiliser des outils pour améliorer le travail d'équipes et favoriser l'échange d'informations...
- la conduite d'équipes : gérer l'équipe afin d'anticiper ses besoins
- le monitoring de situation : faciliter le travail d'équipes en faisant converger les infos et les redistribuer
- le soutien mutuel : développer l'entraide, le feedback, la gestion de conflit...

Concernant le module sur la communication, celui-ci inclut un volet sur les transmissions d'informations relatives aux patients avec transfert de responsabilités. L'objectif de cette méthode est de permettre de structurer les transmissions afin d'éviter les omissions d'informations importantes ou les digressions inutiles et structurer l'ordre de la communication. Pour cette structuration de la communication, TeamSTEPPS propose l'outil « I PASS THE BATON » (je passe le relai). L'acronyme I-PASS peut se décortiquer de la façon suivante : I = illness severity (identification de la gravité, P = patient summary (résumé patient), A = action list (actions à entreprendre), S = situation awareness and contingency planning (conscience situationnelle et plan d'urgence), S = synthesis by receiver (synthèse par le receveur). À cela peut s'ajouter l'acronyme BATON (background, action, time, ownership, next) (Starmer et al., 2014).

La diffusion de ce programme de formation, aux États-Unis, a été rapide et s'accompagne de succès probants (Staines et al., 2016). Nous retrouvons les résultats de cette méthode, réalisée dans neuf services de pédiatrie aux États-Unis, présentée dans *The New England Journal of Medicine* et montre une réduction significative de 30% du taux des erreurs médicales et des événements indésirables évitables, sans effet négatif sur le flux de travail. La même étude a démontré que l'amélioration de la communication des informations essentielles dans les transmissions sans pour autant augmenter le temps de ces transmissions est significative ce qui est non négligeable. De même, la mise en œuvre du programme a permis des réductions des frais médicaux (Stramer et al., 2014). Une étude réalisée dans 16 hôpitaux américains a montré que la qualité de la communication a été considérablement améliorée tant par écrit que verbalement. En effet, 70% des transmissions verbales (vs 14%) et 81% des transmissions écrites (vs 0%) contenaient l'ensemble des éléments de l'acronyme I-PASS. De plus, les événements indésirables liés aux transmissions entre professionnels ont diminué de 27% (Stramer et al., 2016). De plus, cela a permis une amélioration de la communication inter et intra équipe, mais aussi l'amélioration de la culture concernant la sécurité des patients (Staines et al., 2016).

Cependant, plusieurs implémentations du programme sont réalisées dans des services pilotes, comme en France, au Canada, ou en Suisse (CHUV, s.d ; HSO, 2013 ; Staines et al., 2016). En Belgique, du côté francophone, l'ASBL PAQS a lancé, dans six institutions volontaires, un projet-pilote avec l'utilisation du programme TeamSTEPPS, dès janvier 2018. L'implémentation du projet se fait soit dans certaines unités de soins ou soit dans l'entièreté de l'institution. Les personnes formées au projet sont diverses selon l'établissement. Il y a des

médecins, des infirmiers ou encore du personnel paramédical ou même logistique. Ensuite, l'institution choisit les outils TeamSTEPPS avec lesquels elle souhaite travailler. Ceux-ci doivent être utilisés dès le début afin de permettre la mesure de l'impact avant après intervention. Un rapport explicatif du projet est, quant à lui, sorti en mars 2020 (PAQS ASBL, 2020). C'est pourquoi que nous n'avons pas encore trouvé de résultats sur lesquels s'appuyer. Cependant, le défi attendu est l'amélioration des pratiques ainsi que la promotion d'une nouvelle culture de travail en équipe.

SBAR

La méthode SBAR a été développée par l'armée américaine, pour ensuite être adoptée dans l'industrie aérienne et être adaptée dans les hôpitaux, de la compagnie d'assurance Kaiser Permanente, dès 2003 (Vardaman, 2012). Ensuite, elle a été recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), mais aussi la Joint Commission au États-Unis (JCAHO), et l'Institute for Healthcare Improvement au Japon (IHI), et le National Health Service au Royaume-Uni (NHS). C'est ainsi que cet outil est utilisé dans de nombreux hôpitaux à travers le monde. Il constitue une référence internationale (Haute Autorité de la Santé, 2014 ; Rolland-Jacob, 2014). Cette technique a fait ses preuves et a été recommandée par la Haute Autorité de Santé en France et par le SPF Santé publique en Belgique. En effet, en Belgique, l'utilisation de l'outil SBAR se fait au CHU Brugmann, mais aussi à la Clinique Saint-Luc à Bouge ou encore au CHR de Liège (Centre Hospitalier Régional Liège, 2018, p23 ; Kadhira, 2018 ; Pommereau, 2017).

SBAR est un outil mnémotechnique qui permet de structurer, cibler et standardiser la communication. Cet outil est recommandé en vue d'améliorer la communication entre les prestataires des services de santé. Cette technique contribue à ce que les communications soient plus complètes, plus précises, tout en étant concises et en évitant toute ambiguïté (Achrekar et al., 2016 ; Chaharsoughi et al., 2014 ; CHSFR, 2008 ; Haute Autorité de la Santé, 2014). SBAR est l'acronyme anglais signifiant Situation, Background, Assessment, Recommendation (Haig et al., 2006). En France, l'acronyme SBAR a été traduit et s'appelle, dès lors, SAED pour Situation, Antécédent, Évaluation et Demande. D'autres acronymes sont utilisés comme : SCAR (Situation, Contexte, Appréciation, Recommandation), SAER (Situation, Antécédents, Évaluation, Recommandation), SHARQ (Situation, History, Assessment, Recommendations/Résultats, Questions). Ceux-ci sont des variantes à l'outil SBAR, mais ont la même technique d'utilisation (Haute Autorité de la Santé, 2014). Chaque lettre correspond à une étape bien précise de la communication. Au moyen de cette technique, les prestataires de

soins de santé peuvent expliquer rapidement la situation d'un patient, selon son contexte, tout en donnant leur propre analyse de la situation, pour terminer en formulant leurs propositions, recommandations et demandes et en spécifiant leurs attentes face à l'interlocuteur. Puisqu'il s'agit d'un dialogue, il est logique de recevoir, par la suite, un feedback du récepteur avec une reformulation de sa part, ce qui permettra de vérifier la compréhension du message émis. Le cas échéant, il sera nécessaire de le rectifier ou le compléter (CHSFR, 2008 ; Haute Autorité de la Santé, 2014). Ce processus structuré appelle à une attention ou à des actions sur un mode immédiat (FHV, s.d).

Les avantages de l'utilisation de cet outil sont la clarté, l'augmentation de l'efficacité, et la diminution des chances d'oubli d'informations. Cet outil permet de renforcer la sécurité du patient, et d'améliorer la communication interdisciplinaire, et par conséquent d'augmenter la satisfaction au travail entre les professionnels (Beckett et Kipnis, 2009 ; Boaro et al., 2010).

Cette méthode peut également servir à atténuer l'influence de la hiérarchie et des différences de formations ou encore de donner une légitimité aux infirmiers récemment embauchés (Vandarman et al., 2012).

En conclusion, nous avons compris que les deux solutions, présentées précédemment, visent un objectif commun : la structuration de la communication. Cependant, I-PASS est un outil faisant partie d'une formation à part entière créé par TeamSTEPPS. Ce concept pédagogique ne se base pas uniquement sur la communication, mais traite un ensemble de compétences lié au travail d'équipe. En revanche, la méthode SBAR est un outil international recommandé par la Santé publique. Il pourrait être une amorce à une volonté pour mieux structurer la communication.

E. BUT ET QUESTION DE RECHERCHE

À ce stade, nous avons pu nous rendre compte de la nécessité et de l'importance de la communication. En effet, une communication efficace et le travail d'équipe sont des catalyseurs clés de la sécurité des patients (Velji et al., 2008). Elle est largement reconnue comme facteur central dans les prestations de soins plus sûrs et de qualité (Lingard et al., 2005).

Une bonne communication est primordiale afin d'éviter des répercussions négatives et c'est ainsi que des efforts devraient être fournis afin d'améliorer cette communication (Alvarez et Coiera, 2006). Dès à présent, nous savons qu'il existe des outils afin de progresser dans la communication, mais ils sont encore peu présents dans le monde hospitalier belge. C'est

pourquoi nous avons décidé d'examiner si les professionnels de santé en Belgique seraient prêts à les utiliser. Dès lors, notre question de recherche est : « Comment la communication intra équipe en salle de réveil est-elle structurée et quel serait l'intérêt d'un outil favorisant une plus grande structuration de la communication ? ».

CADRE PRATIQUE

A. MÉTHODOLOGIE

1. LE CHOIX DE LA MÉTHODE

Naturellement, nous nous sommes dirigée vers une approche qualitative par l'intermédiaire d'entretiens. Cette méthode va nous permettre de découvrir la réalité du terrain par rapport à ce que nous dit la littérature et d'analyser en profondeur les informations exprimées par les personnes interrogées afin de dégager des pistes d'amélioration.

Cette étude qualitative va nous permettre de récolter des informations sur la manière dont la communication est organisée dans les salles de réveil dans deux institutions et connaître l'avis des répondants sur l'intérêt à utiliser un outil de communication.

Cette méthodologie nous permet de gagner en profondeur dans l'analyse de notre étude (Kohn et Christiaens, 2014).

2. L'ÉCHANTILLON

Nous avons choisi de cibler notre échantillon à savoir : les infirmiers de la salle de réveil et les médecins, plus spécifiquement les médecins anesthésistes. L'étude a été réalisée au sein du réseau CHU-UCL Namur sur le site de Sainte-Elisabeth et de Godinne.

Dans le projet de notre mémoire, nous ciblons sept professionnels de la santé par site. Néanmoins, nous avons décidé que l'échantillon sera considéré comme complet lorsque le principe de saturation des données apparaîtra (Aujoulat, 2018).

3. LES ENTRETIENS

3.1. ÉLABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Pour commencer, nous avons défini quatre grandes thématiques qui nous semblaient pertinentes de faire apparaître dans le guide d'entretien : connaître/comprendre la manière de communiquer en salle de réveil, le ressenti des professionnels quant à la qualité de la communication en équipe, l'influence/résultats de la mauvaise communication, et comprendre l'organisation/structuration de la communication en salle de réveil. Celles-ci ont été élaborées en lien avec les recherches réalisées durant la partie théorique.

En partant de ces quatre thématiques, nous avons établi environ deux à trois questions par catégorie. Ensuite, nous avons annoté les mots-clés utiles, en lien avec les questions. Ceux-ci nous ont permis de savoir si l'entièreté du sujet avait été abordée et ainsi donner la possibilité de réaliser des questions de relance. Finalement, le guide d'entretien qualitatif semi-directif est composé de questions ouvertes, courtes et peu nombreuses (environ 10) ainsi qu'un mot d'introduction et de conclusion. Nous avons indiqué que les données sont anonymes et uniquement utilisées dans le cadre d'un mémoire au sein de la Faculté de Santé Publique de l'UCL. Cependant, si la personne le souhaite, il est possible de lui faire parvenir une copie du mémoire.

Avant de débiter les entretiens qualitatifs, nous avons choisi de réaliser un entretien « test » avec une personne connaissant le milieu d'étude afin de contrôler la compréhension de la formulation des questions. En lien avec ces réponses, nous avons pu constater que le questionnaire était correctement construit et compréhensible.

3.2. DÉROULEMENT DES ENTRETIENS

Lorsque le guide d'entretien a été élaboré, nous avons repris contact avec les directions des deux sites du CHU-UCL Namur pour le leur soumettre. Suite à leur accord, nous avons contacté les différents chefs des services afin de définir les diverses modalités d'interviews.

Il a été convenu qu'avant chaque entrevue, nous devions joindre, de nouveau par mail et/ou par voie téléphonique, le chef du service afin d'organiser notre venue en lui soumettant une date de passage. Finalement, les entretiens ont été réalisés durant la période du 27 février au 12 mars 2020. Ceux-ci ont été effectués sur le lieu de recherche dans un local calme mis à notre disposition afin d'optimiser l'enregistrement. Nous avons enregistré chacun des entretiens pour permettre une retranscription à l'identique afin de faciliter ultérieurement, l'analyse des informations récoltées.

4. LA MÉTHODE D'ANALYSE

Notre méthode d'analyse sera divisée en deux parties. D'une part, nous aurons l'analyse thématique avec son arbre de codage. D'autre part, nous développerons l'analyse interprétative.

Avant de commencer notre étude, nous avons retranscrit entièrement les entretiens. Ensuite, nous avons réalisé une lecture approfondie et attentive de chaque interview, ainsi que des lectures croisées facilitant un décodage mettant en avant les parties importantes des propos des différents professionnels des deux institutions. Ensuite, les entretiens ont été codés en fonction

des thématiques introduites dans le guide d'entretien telles que la communication, les facteurs entraînant une mauvaise communication ainsi que leurs conséquences, les pistes d'amélioration envisagées, et finalement la mise en place éventuelle d'un outil. En réalisant ce codage, des sous-catégories ont été créées, et des thématiques émergentes sont apparues. L'ensemble des thématiques ont été organisées grâce à l'arbre de codage qui sera exposé au début des résultats. Nous les présenterons de manière textuelle en partant des propos de tous les professionnels rencontrés. Néanmoins, pour réaliser l'analyse, nous sommes partie de l'idée qu'il y aurait des différences de point de vue entre les disciplines plutôt qu'entre les hôpitaux. Pour finir, dans l'analyse interprétative, nous identifierons les liens logiques que les répondants font entre ces thématiques et nous pointerons aussi l'absence de logique dans le discours des interviewés.

B. RÉSULTATS

1. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Finalement, au lieu des sept professionnels par site, nous avons réalisé dix-huit interviews au total dont dix sur le site de Godinne et huit sur le site de Sainte-Elisabeth. Nous avons relevé des constats différents à Godinne et à Saint-Elisabeth, c'est pourquoi nous sommes tenue de relever ces dissemblances entre les deux hôpitaux malgré ce qui avait été évoqué précédemment.

À Godinne, nous avons interrogé 5 anesthésistes et 5 infirmières. Parmi les anesthésistes, il y avait 3 hommes et 2 femmes. Au sein des deux professions, il y avait des personnes d'anciennetés diverses. Nous sommes arrivée à saturation après 10 entretiens.

À Sainte-Elisabeth, 4 infirmières et 4 anesthésistes ont été interviewés, également d'anciennetés diverses. Les anesthésistes, contrairement à Godinne, ne sont que des hommes. Il est vrai que nous aurions voulu réaliser davantage d'entretiens parce qu'il nous semblait que nous pouvions encore en apprendre davantage, mais les aléas de l'actualité (covid-19) ne nous l'ont pas permis.

Le déroulement des interviews était aisé sur le site de Godinne. Les infirmières et les anesthésistes étaient disponibles et ouverts. Nous avions très peu de conditions à remplir pour mener à bien notre enquête. Pour le site de Sainte-Élisabeth, tant pour les anesthésistes que pour les infirmières, nous avions des modalités à respecter comme un local et des tranches horaires spécifiques qui nous ont été imposés. De plus, nous avons rencontré une contrainte telle que l'indisponibilité de la personne due à l'ininterruption de la continuité de soins en cours.

Les personnes interviewées ont montré un intérêt certain à notre recherche et ont demandé d’avoir un retour concernant les résultats de l’étude.

Nous avons rencontré des difficultés durant les entretiens à savoir : quelques interruptions de dialogue. En effet, les interviews ont été réalisés pendant les heures de travail des professionnels. Les anesthésistes devaient rester joignables par téléphone, c’est ainsi que certains entretiens ont été entrecoupés par moment.

2. ANALYSE THÉMATIQUE

A. ARBRE DE CODAGE

Thématiques	- Catégories • Sous-catégories
La communication	- Manière de communiquer ▪ Orale ; Téléphonique ; Écrite - Structure ▪ Complète ; Organisée ; Formelle - Qualité de la communication
Les facteurs	- Rapports de force ▪ Junior-sénior ▪ Supériorité - Responsabilité - Appartenance disciplinaire ▪ Formation ▪ Culture ▪ Dialogue ▪ Codes/vocabulaire - Complexité de l’information - Facteurs humains - Autres
Les conséquences	- Pour le patient - Pour les professionnels
Les pistes d’amélioration	- Traces écrites - Rapport oral - Le relationnel - La collaboration - Les transmissions ciblées
La mise en place d’un outil	- Faisabilité - Outil écrit - Outil oral - Avantages - Inconvénients

Les thématiques émergentes

- Le non verbal
- La surcharge de travail
- La salle de réveil (lieu)
- La langue maternelle
- Le médico-légal

B. ANALYSE DESCRIPTIVE PAR THÉMATIQUE

I. LA COMMUNICATION

De manière générale, seules les infirmières de Sainte-Elisabeth nous ont fait part de leur ressenti sur une communication difficile et compliquée alors que les anesthésistes n'ont pas exprimé leur sentiment face à celle-ci. Par contre, l'ensemble des professionnels interviewés de Godinne nous confie que leur communication est aisée, fluide, respectueuse, et énergique. Ils expriment aussi que leurs rapports sont « *conviviaux et familiaux* ».

a) Manière de communiquer :

Trois manières de communiquer ont été relevées dans les deux hôpitaux à savoir : la communication orale, la communication téléphonique et les traces écrites.

Toutes les personnes interviewées sont d'accord pour dire que la communication entre les infirmières et les anesthésistes en salle de réveil est essentiellement orale et téléphonique. Mais certains professionnels de Sainte-Elisabeth trouvent que la communication orale n'est pas suffisante. « *Je trouve que, personnellement c'est une lacune au point de vue de la communication parce qu'on ne peut faire qu'oralement.* » (anesth.). De plus, les infirmières de Sainte-Elisabeth trouvent qu'elles doivent sans cesse être à la recherche de l'information et demander des explications orales. « *[...] c'est plus les infirmières qui vont vers les anesthésistes que les anesthésistes donner des infos vraiment aux infirmières.* ».

En revanche, à Godinne, tout le monde est d'accord pour dire qu'il y a un respect de la transmission d'informations, une liberté de parole, de l'écoute et une confiance mutuelle. En situation d'urgence, certaines infirmières disent qu'il peut arriver que les anesthésistes soient plus secs ou énervés dans leur discours, mais elles estiment ce comportement compréhensible et l'admettent.

Pour les infirmières des deux hôpitaux, le téléphone est utile quand les anesthésistes ne sont pas disponibles ou en situation d'urgence ou pour poser des questions ou pour avoir un complément d'information, ou encore pour avoir un accord ou recevoir un ordre oral. Cependant, à Sainte-

Elisabeth, les infirmières font remarquer que les anesthésistes ne sont pas suffisamment disponibles par téléphone.

L'exception, c'est la transmission écrite. Les professionnels de la santé de Godinne utilisent une note structurée dite « *copion* » qui est dédiée à la transmission d'informations. Néanmoins, certains anesthésistes pensent que cette note fait double emploi, « [...] *mais ça les aide, elles. Donc en fait, la feuille, d'un point de vue très pratique, c'est ce qui leur est le plus utile.* ». Selon les anesthésistes de Sainte-Elisabeth, les rapports préopératoires et postopératoires sont, pour eux, des traces écrites suffisamment utiles. Les infirmières utilisent ces documents quand ils sont disponibles.

b) Structure de la communication :

La structure de la communication est basée sur trois critères, et ce, dans les deux hôpitaux. Les professionnels ont parlé de communication complète, organisée et formelle.

De manière générale, les infirmières de Sainte-Elisabeth trouvent que les anesthésistes ne sont pas complets, ou qu'ils ne donnent que la moitié ou encore aucune information. Un anesthésiste le confirme en disant : « *ça se cantonne à un compte rendu rapide des antécédents et de l'intervention du patient, le reste je vous avoue...* ». Néanmoins, les infirmières de Godinne trouvent que les transmissions des anesthésistes sont complètes par le biais de leur communication orale et écrite.

Les professionnels de la santé sont d'accord pour dire que chaque médecin a sa manière de structurer sa transmission d'informations, cela reste assez personnel. « *Évidemment, il y a une gradation, on a des anesthésistes qui sont moins précis dès le départ [...] Tu en as qui vont être plus concis, d'autres qui vont être beaucoup plus larges [...] C'est leur manière d'être.* ». Cependant, « *Il n'y a pas d'attitude uniforme et univoque de la part du service d'anesthésie, ça j'en suis bien conscient.* », explique un médecin de Sainte-Elisabeth. L'exception est qu'à Godinne, une feuille de transmission écrite standardisée est utilisée. Elle permet de favoriser la structure de la communication orale.

Concernant le caractère formel de la communication, nous remarquons une différence entre les deux hôpitaux. En effet, à Sainte-Elisabeth, deux personnes pensent que la communication est formelle : « *Oui, pour moi je pense que c'est en partie formel. On a même toujours appris à l'école que les ordres oraux sont des ordres et il faut quand même en tenir compte* ». À contrario, les autres pensent que la communication est informelle, car il n'y a pas de traces

écrites, que cela se fait « *à la va-vite* », selon un anesthésiste. C’est ainsi qu’à Godinne, les professionnels de la santé sont d’accord pour dire que la communication est formelle étant donné que la communication orale est liée à la communication écrite selon une structure bien établie.

Ajouté à cela, tout le monde est d’accord pour dire qu’une trace écrite permet de prouver la transmission des informations entre les professionnels en salle de réveil.

c) Qualité de la communication :

L’entière des personnes interviewées affirme que la communication à Godinne, est de qualité. À Sainte-Elisabeth, le ressenti concernant la qualité de la communication est différent. Le plus commun c’est que la communication n’est pas de qualité. Néanmoins, une infirmière ne parvient pas à donner son avis sur la question. Pour elle, elle estime avoir appris à travailler de cette façon. Néanmoins, elle est d’accord pour dire qu’il y a des choses à améliorer.

À contrario, pour un autre médecin interviewé, selon lui, la communication est de qualité parce qu’il n’a jamais eu de soucis de communication avec les infirmières.

II. LES FACTEURS

La thématique « *les facteurs* » fait référence aux problèmes les plus communs entraînant une mauvaise communication. Nous les avons catégorisés en six : les rapports de force, l’appartenance disciplinaire, la responsabilité, la complexité de l’information, les facteurs humains et les autres facteurs.

Précisons toutefois qu’à Godinne, la moitié des personnes interviewées a répondu spontanément qu’elle ne rencontrait pas de problèmes de communication.

a) Rapports de force :

Nous avons réparti les extraits recueillis traitant des rapports de force en 3 sous-catégories : junior-sénior, supériorité, et intimidation.

❖ *Junior – sénior* :

De manière générale, dans les deux institutions de soins, l’arrivée d’une nouvelle infirmière ne pose pas de problèmes de communication. Par contre, les anesthésistes disent qu’ils insisteront plus sur la communication en la détaillant davantage et une relation de confiance doit se créer avec la junior. Cependant, une infirmière de Sainte-Elisabeth fait remarquer que : « *Peut-être au tout début [...] ils ont peut-être plus difficile à faire confiance, mais à partir du moment où*

on voit que cela se passe bien [...], il faut peut-être un peu, voilà, enlevé cet obstacle qui est entre nous et communiquer [...] ». Il est vrai qu'à Sainte-Elisabeth, les anesthésistes seront plus réticents et auront plus de méfiance à collaborer avec une nouvelle recrue. Selon eux, il y a « *un effort à faire* » et « *La nouveauté peut-être une source de difficulté, oui.* ».

Une exception persiste à Sainte-Elisabeth, car les infirmières ressentent que les anciennes sont « *préférées* » par rapport aux nouvelles engagées. En effet, les infirmières (toutes anciennetés confondues) sont d'accord pour dire que les nouvelles sont souvent niées ou ne reçoivent pas d'informations oralement de la part des anesthésistes. Certains médecins préfèrent se référer aux plus anciennes, celles qui ont plus d'expérience. De plus, certains anesthésistes ont une communication plus froide, ou moins détaillée avec les plus jeunes. Selon les infirmières, les anesthésistes pensent que les nouvelles recrues devraient être fonctionnelles de suite. Cependant, à Godinne, les transmissions orales ne seront pas pour autant ciblées envers les plus anciennes. « *[...] nous, on n'est pas plus pour l'une ou pour l'autre. Et je ne voudrais pas passer au-dessus d'elles, car ça serait désorganiser leur organisation à elles.* » (anesth.).

❖ *Supériorité :*

La majorité des infirmières de Sainte-Elisabeth disent que les anesthésistes se vivent en position de « *supériorité hiérarchique* ». En effet, elles le ressentent dans le ton qu'ils emploient en parlant. Un des anesthésistes interviewés dit savoir que certains de ses collègues ont un ton arrogant, ou du mépris envers les infirmières. C'est pourquoi celles-ci disent avoir peur de déranger les médecins quand elles ont une question à poser. On leur a d'ailleurs, déjà répondu qu'elles n'avaient qu'à savoir ! De plus, elles pensent aussi qu'elles sont moins écoutées. Une infirmière explique également qu'elle pourrait arriver à faire une erreur par peur d'appeler un anesthésiste. Au contraire, les anesthésistes interviewés, quant à eux, se disent accessibles et ouverts. Ils disent ne pas se vivre en tant que supérieur hiérarchique. Cependant, médecin explique que la supériorité peut venir tant du côté des anesthésistes que des infirmières.

Une seule infirmière de Saint-Elisabeth et, par contre, toutes celles de Godinne ne ressentent pas cette supériorité/domination dans la communication. Selon elles, les médecins ont une supériorité légitime, car « *ils ont une formation que nous n'avons pas* ». « *Forcément, il y a le respect du corps médical, où on écoute les ordres et on obéit aux ordres, ça, ça ne change pas, mais [...] on n'a pas le sentiment d'une domination médicale.* ». Une infirmière de Godinne explique, à juste titre, que ça n'empêche pas qu'elle puisse suggérer des choses et être écoutée. Les anesthésistes n'ont pas ce ressenti et disent ne jamais avoir profité de leur statut. Cependant, deux infirmières de Godinne évoquent le fait d'avoir eu des problèmes de rapports

hiérarchiques, par le passé, avec deux anesthésistes qui ont quitté l'hôpital aujourd'hui. Ces problèmes ne sont plus d'actualité.

N'oublions pas que l'appartenance disciplinaire (études, spécialisations) peut, pour certains, faire l'objet d'une représentation hiérarchique dysfonctionnelle et ainsi entraver la communication.

b) Responsabilité :

Les infirmières et les anesthésistes des deux hôpitaux sont d'accord pour souligner que la responsabilité du patient reste celle de l'anesthésiste malgré leur transmission d'informations. Un anesthésiste de Sainte-Elisabeth justifie sa responsabilité en expliquant : « [...] *On est responsable de notre patient, en salle de réveil aussi. Mais justement c'est parce qu'on est responsable qu'on le confie à quelqu'un et qu'on ne le laisse pas trainer en salle de réveil sans l'avoir confié à quelqu'un. Donc ce n'est pas un transfert de responsabilités.* » et à Godinne : « *ça reste notre responsabilité personnelle [...] on pense toujours que c'est l'infirmière qui doit faire, mais c'est toi qui dois tout vérifier [...]* ». Par contre un anesthésiste de Godinne spécifie que les infirmières ont quand même leur part de responsabilité « [...] *à partir du moment, où elles se trompent dans une injection, je veux dire ... ce n'est pas moi qui ai fait l'injection quoi [...]* ».

Toutefois, les infirmières de Godinne mentionnent le fait qu'en fin de journée lorsque que l'anesthésiste responsable a fini son travail, il y a un manque de clarté dans le transfert des responsabilités auprès de l'anesthésiste de garde. « *Souvent ils essayent de se prévenir l'un l'autre, mais ça arrive quand même régulièrement qu'ils ne le fassent pas et là on peut avoir plus de difficulté* ».

c) Appartenance disciplinaire :

❖ *Formation :*

Selon un médecin de Sainte-Elisabeth, la formation actuelle des infirmières est moins complète qu'auparavant, ce qui peut entraîner de l'incompétence de leur part. Un autre anesthésiste pense que les infirmières se doivent de connaître les différentes pathologies. Il est vrai qu'un défaut de formation peut être problématique pour la prise en charge des patients.

Selon certaines infirmières de Sainte-Elisabeth, les anesthésistes ne comprennent pas pourquoi elles donnent une importance si particulière au rapport oral. Un anesthésiste cite : « [...] *il est important de communiquer si nécessaire...* ». Pourtant, un autre anesthésiste de Sainte-Elisabeth explique l'importance de la transmission d'informations : « [...] *pour moi un des dix*

commandements de l'anesthésie c'est : la transmission de l'information. Donc c'est crucial pour moi, ça, c'est sûr. [...] c'est CA-PI-TAL ! ».

À Godinne, certains anesthésistes ont ajouté différents éléments à savoir : le métier d'infirmière en salle de réveil est spécifique, ce sont des infirmières qui doivent se spécialiser à ce secteur particulier. Le métier d'infirmière et de médecin est différent, mais ils se doivent de partager leurs connaissances et être complémentaires. Cependant, une infirmière spécifie que de par sa formation, elle a tendance à amplifier l'information qu'elle transmet : *« [...] en tant qu'infirmière, oui, on est plus dans la communication, dans le don d'information et tout ça. ».*

❖ Culture :

À Saint-Elisabeth, un anesthésiste explique qu'il va de soi que les médecins sont là pour s'occuper des patients et travaillent pour ceux-ci. Un autre confirme qu'il travaille pour le bien-être du malade. À Godinne, une infirmière a le même avis : *« On est tous là pour le même but : soigner nos patients [...] ».* À contrario, une infirmière de Sainte-Elisabeth ressent que pour certains anesthésistes, une fois arrivé en salle de réveil, le patient n'est plus une priorité. Toutefois, un anesthésiste de Godinne explique, de manière bienveillante et solidaire : *« Je n'hésite pas à protéger les infirmières de la salle de réveil et je le fais souvent. ».* La moitié des infirmières de Sainte-Elisabeth estiment que certains anesthésistes pensent aussi au bien-être des infirmières et sont d'accord d'améliorer les choses.

À Godinne, comme à Sainte-Elisabeth, certains anesthésistes n'hésitent pas à venir revoir leur patient en salle de réveil avant qu'il ne remonte en chambre. Ainsi, ils continuent d'assumer leur responsabilité envers lui. Une infirmière explique : *« [...] et d'autres qui viennent saluer les patients, pas parce qu'ils ne nous font pas confiance, mais c'est dans leur politique de suivi du patient et voilà. ».*

❖ Dialogue :

À Saint-Elisabeth, la moitié des infirmières et certains anesthésistes interviewés pensent qu'il est nécessaire de laisser la place aux questions entre professionnels. Malheureusement, les infirmières trouvent que leurs interrogations restent trop souvent sans réponse. Pourtant, un anesthésiste explique qu'il est nécessaire que le dialogue soit empathique pour une meilleure ambiance de travail.

La moitié des anesthésistes trouve qu'il faudrait davantage améliorer la communication informelle. Le côté relationnel devrait être davantage développé. Il est vrai que les infirmières

et les anesthésistes sont d'accord pour dire qu'il est important de pouvoir compter sur son équipe et qu'elle doit être soudée.

À Godinne, par contre, tout le monde pense que la communication informelle a permis de construire une équipe unie et collaborante. *« Ce qui a c'est que c'est une question de respect mutuel, liberté mutuelle aussi, de connaissances et de visions des choses aussi. L'important c'est : le dialogue, il est là, l'échange est là [...] » (inf.).*

Les silences sont aussi une manière de communiquer selon un anesthésiste de Godinne. En effet, *« Je pense que dans les silences il y a aussi des choses qui comptent. Ne pas avoir dit quelque chose, quand la relation se passe bien c'est dire quelque chose. ».*

❖ Codes/vocabulaire :

L'entière responsabilité des infirmières des deux hôpitaux explique que certains anesthésistes ont tendance à se référer à *« leurs habitudes »*. Effectivement, les infirmières se doivent de connaître les usages des anesthésistes ainsi que leurs manières de fonctionner. En effet, à Sainte-Elisabeth, certains anesthésistes ont tendance à limiter la transmission d'informations à *« a tout reçu »*. Les infirmières doivent savoir ce que cela signifie, mais elles avouent que finalement, elles n'en connaissent pas toujours vraiment la totale signification. À contrario, à Godinne, la communication orale peut se limiter à *« comme d'habitude »*, cela est de toute façon associé à la feuille détaillée de transmissions écrites. Néanmoins, plusieurs infirmières de Sainte-Elisabeth font remarquer qu'il y peut y avoir des changements dans les habitudes des anesthésistes. *« [...] on doit leur faire remarquer leurs erreurs ... En fait, ils ne relisent pas, ce sont leurs habitudes, les habitudes c'est ça, mais ce n'est pas de bonnes habitudes finalement... »* ou encore *« [...] par exemple, il peut nous dire qu'il a tout reçu, mais on peut voir en lui téléphonant qu'il va nous dire de lui donner un Tradonal® Litican® or que ça devrait faire partie de ce qu'il a reçu. ».*

À l'exception d'un anesthésiste de Sainte-Elisabeth, qui pour lui, explique que si les infirmières ne font pas de remarques sur les abréviations ou les codes qu'il a utilisés pendant sa transmission, il suppose alors que l'infirmière a tout compris.

d) Complexité de l'information :

Toutes les infirmières et une partie des anesthésistes de Saint-Elisabeth expriment la difficulté de retenir la quantité d'informations importantes reçue. Cela provoque alors certains oublis de leur part. Une infirmière explique qu'il n'y a pas que les anesthésistes qui peuvent oublier de transmettre des informations, mais également des infirmières lors de leur rapport d'équipe. En effet, une autre infirmière l'exprime en disant *« on n'est pas des robots »*. Un anesthésiste

affirme que ces oublis sont dus au principe de la chaîne humaine, même si certains font des efforts pour ne rien oublier. Au contraire, à Godinne, le personnel interviewé trouve que, certes, il y a une quantité de données importantes à gérer, mais leur « *copion* » écrit permet de se remémorer les informations, de ne pas les mélanger et d'en garder une certaine clarté. Cependant, une contradiction a été relevée dans l'interview d'un anesthésiste de Sainte-Elisabeth. Il explique qu'il est difficile de retenir toutes les informations, mais que si les infirmières sont prêtes à l'écouter, pourquoi la masse d'informations serait-elle un problème ?!

Les anesthésistes de Sainte-Elisabeth expliquent qu'il est possible qu'ils n'aient pas toujours le temps de faire une transmission orale immédiate, mais certains disent qu'ils n'hésitent pas à, éventuellement, la postposer.

Toujours à Sainte-Elisabeth, plusieurs anesthésistes trouvent qu'il serait utile d'augmenter l'information informelle (selon leur propre perception) afin de se sentir en confiance, pour mieux comprendre ce qu'on attend des collaborateurs et ainsi augmenter la collaboration entre les professionnels. Néanmoins, un médecin stipule qu'il n'a pas le temps pour ça et un autre trouve qu'il n'est pas nécessaire d'avoir des relations « *extra-professionnelles* », mais il suffit d'être accessible. À Godinne, l'entièreté des personnes interviewées dit que la communication informelle est présente, utile et indispensable. Néanmoins, ils ne dédient pas spécialement un moment pour ça, mais cela se fait naturellement. Toutefois un anesthésiste spécifie : « *À côté de ça, il ne faut pas, je pense passer dans trop de copinage, où on aurait tendance à oublier quand même ce qu'on veut [...] et travailler moins bien derrière. Je pense qu'il faut trouver un juste milieu entre les deux [...]* ».

e) Facteurs humains :

Le caractère, le tempérament, l'humeur, la fatigue sont des facteurs relevés dans différents entretiens. « *[...] les aléas sont là, même si normalement on sait que ça ne doit pas arriver, mais nous sommes que des hommes et il faut savoir en prendre en compte aussi.* » (anesth.).

f) Autres :

Un tiers des personnes interviewées relève comme facteur : la distraction. Les infirmières précisent que les transmissions d'informations se font lors de l'installation du patient en salle de réveil. C'est donc à elles de bien écouter le rapport du médecin. Les anesthésistes spécifient aussi qu'ils peuvent se retrouver à faire plusieurs choses en même temps.

Le bruit autour de soi, l'incompréhension du message, mal entendre, ou encore de mal s'exprimer sont des éléments, qui ont été cités pendant les entretiens, comme pouvant entraver la communication.

III. LES CONSÉQUENCES

a) Pour le patient :

Sans aucun doute, pour les soignants interviewés des deux hôpitaux confondus, la mauvaise communication entraîne des conséquences pour le patient. La plus citée est : la mauvaise prise en charge. Celle-ci sera délétère, délaissée, et source d'accidents/erreurs. En effet, les professionnels englobent, dans les problèmes de la mauvaise prise en charge, les médicaments inappropriés ou mal dosés, le suivi, les surveillances infirmières et médicales, l'installation inadéquate et la méconnaissance des allergies du patient. Ensuite, tant à Saint-Elisabeth qu'à Godinne, certaines infirmières ont cité une perte de qualité de soins, par la présence de temps morts.

Un anesthésiste et une infirmière ont fait remarquer que la sécurité du patient pourrait être atteinte.

Un anesthésiste de chaque hôpital trouvait bon de spécifier, néanmoins, qu'il est heureusement extrêmement rare quand le patient est impacté. Par contre, un autre anesthésiste appuie, tout de même, qu'il est nécessaire d'apprendre de ses erreurs, de les étudier et de les analyser pour s'améliorer à l'avenir.

b) Pour les professionnels :

Pour la plupart des professionnels de santé, les obstacles d'une mauvaise communication pourraient également toucher les membres de l'équipe. Effectivement, la naissance d'une mauvaise ambiance qui impacterait la dynamique de l'équipe est la conséquence la plus citée. Parallèlement, deux professionnels de chaque métier expliquent que la plus dramatique des conséquences serait la rupture de confiance.

Outre cela, le mécontentement, l'insatisfaction, l'anxiété, le stress, le mal-être, la culpabilité, la remise en question sont des sentiments que les professionnels ont mentionnés après avoir parlé des conséquences négatives pour le patient. Un anesthésiste définit cela comme « *la deuxième victime* ».

Par contre, personne n'évoque les conséquences sur l'ensemble de l'organisation et de l'hôpital.

IV. LES PISTES D'AMÉLIORATION

À la question : « Et que pourrait-on faire pour améliorer la qualité de la communication ? », l'ensemble du personnel interviewé de Godinne est satisfait de sa manière de communiquer et est d'accord pour dire qu'il ne faut rien changer, hormis trois personnes qui spécifient qu'il y a toujours moyen de faire mieux, mais elles n'ont pas proposé de pistes d'amélioration. *« À partir du moment où on se soucie, qu'on se préoccupe de cette transmission, alors il y a forcément toujours quelque chose à améliorer. »*.

Par contre, à Saint-Elisabeth, les avis sont divergents. En effet, selon un anesthésiste *« La communication doit être améliorée [...] Le canal de transmission doit être bien cadré. »*. Nous avons classé les pistes d'amélioration émises par les professionnels de la santé en cinq catégories.

❖ Rapport oral :

Les infirmières sont d'accord pour dire que dans un premier temps, il faut que tous les anesthésistes réalisent un rapport oral, structuré et complet. Outre cela, une infirmière met l'accent sur le fait qu'il devrait y avoir une remise en question de la part des anesthésistes concernant l'importance du rapport oral. Néanmoins, un des anesthésistes explique qu'il suffit d'être ouvert et complet lors des transmissions.

❖ Traces écrites :

Toutes les infirmières pensent qu'il serait nécessaire de mettre en place un document écrit où se trouveraient au minimum les médicaments que le patient a reçus en salle. Cependant, les anesthésistes ne veulent pas mettre en place de feuille « papier », mais l'un pense : *« Que l'infirmière ait accès aux antécédents du patient [...] je ne me vois pas remplir une feuille alors que les antécédents sont déjà inscrits dans le logiciel »*, pour un autre : *« Je crois que ça reste oral, c'est important ! Je crois qu'il n'y a rien de pire au point de vue relationnel que d'apporter un patient [...] et dire : voilà tu peux lire, tout est là. »*. En effet, un collègue appuie le fait qu'*« en terme relationnel entre l'anesthésiste et l'infirmière, je ne suis pas sûr qu'améliorer la communication par le biais d'un papier ou d'un mot dans l'ordinateur, améliore la communication. Je parle personnel, professionnel sûrement. »*.

Un autre anesthésiste est d'accord pour rédiger une trace écrite, mais informatisée.

❖ Le relationnel :

Un anesthésiste explique que le côté relationnel est important. Un autre le rejoint et propose alors de réaliser des concertations afin d'améliorer ce côté relationnel « *Je crois qu'il faudrait plus de réunions, il faut discuter et voir tout ça dans le but d'être meilleur pour le patient et puis c'est aussi une politique sur le long terme [...]* ».

❖ La collaboration :

Une infirmière souhaite qu'il y ait une amélioration dans la collaboration tant de la part des anesthésistes que de la part des infirmières afin « *qu'on soit sur la même longueur d'onde et [...]* qu'on collabore correctement. ».

❖ Les transmissions ciblées :

Une infirmière propose : « *[...] quelques transmissions ciblées qui seraient faites par les infirmières de salle pour des grosses chutes de tension, ou des gros événements indésirables qui se seraient produits en salle.* ».

V. LA MISE EN PLACE D'UN OUTIL

À Godinne, l'ensemble des personnes interviewées estime que la proposition de la mise en place d'un outil est très similaire à ce qu'ils font déjà. « *[...] je pense que c'est ce qu'on fait déjà, mais c'est juste mettre un nom sur l'outil qu'on utilise déjà.* ». Un anesthésiste est étonné de la proposition de mettre en place un outil : *[...] je pense que nous avons un outil (la feuille) [...]*, cependant il n'est pas contre de s'y intéresser « *à condition que ce ne soit pas rajouter une couche sur un mille-feuille.* ».

Voici les avantages que leur « outil » leur apporte : une meilleure prise en charge du patient, une diminution des appels téléphoniques et des oublis de chacun, un gain de temps, une systématique, une rigueur, un résumé du rapport oral.

Quelques inconvénients ont été cités, tels que :

- une charge de travail supplémentaire pour les anesthésistes. Cependant un médecin s'exprime et dit : « *[...] pour être un peu vulgaire, c'est chiant de la faire, mais je pense qu'elle est indispensable [...]* ». Toutefois, il est vrai que tous les anesthésistes pensent la même chose, mais continue de le faire « *[...] parce que ça les aide, elles.* ».
- c'est du papier et ce n'est pas écologique.

Pour Saint-Elisabeth, nous avons détaillé les réponses obtenues en cinq catégories : faisabilité, outil écrit, outil oral, avantages et inconvénients.

a) Faisabilité :

L'ensemble des professionnels interviewés est d'accord pour dire que la mise en place d'un outil aidant à la structuration de la transmission d'informations serait faisable. Deux anesthésistes spécifient que cela permettrait de progresser au niveau de la qualité communication. Par contre, certains professionnels disent que l'application d'un outil s'avérerait plus compliquée parce qu'il y aurait un changement de leurs habitudes et une charge de travail supplémentaire.

b) Outil écrit :

Les infirmières et un anesthésiste pensent que la mise en place d'un outil écrit serait utile. Une des infirmières et l'anesthésiste expriment l'importance de le mettre à disposition par voie informatique. « [...] *les feuilles, ce sont des feuilles volantes [...] on sait bien que ça se perd [...] donc il faudrait avoir cette manière structurée de faire oralement et via l'ordinateur [...]* ».

c) Outil oral :

Toutes les infirmières souhaitent que les anesthésistes utilisent un outil structurant la communication orale pour que celle-ci soit plus systématique dans leur transmission d'informations. « [...] *que tous fassent déjà le même schéma oral et que tous donnent déjà un rapport oral, ça se serait déjà un début.* » (infi.).

d) Avantages :

Les avantages relevés par les professionnels pour la mise en place d'un outil écrit ou oral sont :

- pour la moitié des personnes des deux professions : cela permettrait d'être plus complet et structuré. Cette systématique permettrait d'une part d'augmenter la collaboration et de mettre tout le monde sur la même longueur d'onde, d'autre part, de diminuer les appels téléphoniques et donc gagner du temps, mais aussi de réduire les oublis et donc les risques d'erreurs.
- pour deux personnes : cela serait bénéfique pour le patient par une augmentation de la qualité des soins, mais également pour les professionnels par la diminution du stress et une augmentation de la sérénité dans le travail.

Spécifiquement pour l'outil écrit, cela permettrait d'avoir une preuve et donc un appui médico-légal en cas de problème.

e) Inconvénients :

Les anesthésistes expliquent que c'est un effort, une charge supplémentaire pour eux. Cependant, un anesthésiste s'explique : « *Vous allez avoir des résistances, parce que vous demandez un effort supplémentaire, mais c'est pour la qualité.* ».

Deux anesthésistes révèlent un risque éventuel : « *Je pense qu'il y aurait à nouveau une déshumanisation de la profession et de la situation, ce n'est pas nouveau, c'est connu, c'est classique* », « *L'inconvénient d'un outil vraiment, ce serait ne de plus avoir de communication orale.* ». Pour les infirmières, cela ne peut être positif. Pour elles, il n'y a pas d'inconvénient. De plus, une infirmière pense que « *les infirmières sont plus ouvertes au changement et à accepter ce genre de chose, que les médecins.* ».

VI. THÉMATIQUES ÉMERGENTES

Dans cette partie, nous avons regroupé toutes les thématiques émergentes. Celles-ci sont ressorties des parties spécifiques du guide d'entretien lors des interviews. En effet, le « non verbal » ressort dans la partie sur la manière de communiquer. Ensuite, la surcharge de travail, la salle de réveil (lieu), la langue maternelle sont des thématiques apparues dans les facteurs pouvant engendrer une mauvaise communication. Pour finir, le médico-légal est un sujet abordé à divers moments.

a. Manière de communiquer :

❖ Le non verbal :

Cette thématique a été développée par un anesthésiste de Saint-Elisabeth. Pour lui, la communication est basée sur le « verbal » et le « non-verbal ». Il explique que les gestes, les attitudes permettent de communiquer sans devoir expliquer ce qu'il faut faire. « *[...] on communique aussi de manière non verbale, je pense qu'il y a 80% du non verbal qui y passent et c'est aussi important que le verbal [...]* ».

b. Les facteurs :

❖ La surcharge de travail :

La surcharge de travail est un facteur que relèvent cinq anesthésistes sur neuf. En effet, pour quatre d'entre eux, elle est un obstacle à la communication. Selon un anesthésiste de Godinne, c'est le facteur le plus fréquent. Cependant, il nous dit aussi que les infirmières sont habituellement en nombre suffisant et donc le travail est bien reparté « *[...], mais il suffit forcément d'une malade et ça devient plus compliqué, d'une deuxième ça devient très très* ».

compliqué. ». Un autre s'exprime aussi en disant que : « *La surcharge de travail peut être un obstacle [...], dans leur sens ou dans notre sens [...]* ». Cette constatation est validée par un autre anesthésiste tout en spécifiant que la surcharge de travail est généralement encore plus présente du côté des infirmières. Les conséquences sont alors une transmission de l'information trop rapide et/ou une écoute partielle du message.

Quant à un autre médecin, la surcharge de travail peut, selon lui, être une conséquence (et non un facteur) à la mauvaise communication : « *Une surcharge de travail non voulu et ça engendrerait des redites, du mécontentement, de l'insatisfaction et ça, ça ne va pas. ».*

❖ La salle de réveil (lieu) :

La localisation de la salle de réveil est un facteur positif pour privilégier les relations selon une infirmière de Godinne. Ce nouveau facteur est également développé par un anesthésiste de Godinne pour expliquer l'avantage que cela apporte : « *[...] géographiquement [...] il y a aussi un peu plus de circulation [...] ça contribue à avoir plus de relations extra-professionnelles [...]* ». Toutefois, deux anesthésistes de Saint-Elisabeth trouvent que ce facteur peut être négatif. En effet, l'un explique que : « *[...] le bloc opératoire est un milieu fermé, extrêmement fermé. [...] C'est dangereux et donc il faut essayer d'éviter les pressions [...]* ». L'autre s'explique en disant : « *je trouve que le local en question ne s'y prête pas du tout. [...] on a donc l'impression d'être épié visuellement et additivement par tous les patients autour [...]* ».

❖ La langue maternelle :

À Godinne, il arrive qu'il y ait du personnel étranger qui, dès lors, ne maîtrise pas suffisamment le français. En effet, un médecin explique que : « *Si chacun n'est pas dans sa langue maternelle. [...] Donc c'est vrai que, c'est plus rare évidemment, mais ça arrive [...]* », c'est ainsi que les infirmières peuvent ne pas bien comprendre la transmission orale.

c. Le médico-légal :

Un anesthésiste de Sainte-Elisabeth se pose la question : si rendre les transmissions d'informations plus formelles, par une trace écrite, cela mettrait plus à l'aise les infirmières d'un point de vue médico-légal. En effet, « *Elle ne craindra pas [...] « c'est votre parole contre la mienne ! » ».*

Finalement, autre explique que si un clinicien administre par erreur un médicament non adéquat à un patient, celui-ci pourrait avoir des problèmes médico-légaux.

3. ANALYSE INTERPRÉTATIVE

Suite à la première partie d'analyse, nous avons relevé des différences entre les hôpitaux de Sainte-Elisabeth et de Godinne. Nous nous sommes également rendu compte des ressentis divergents entre les professionnels. Il est vrai qu'au niveau des professions, nous avons remarqué un ensemble assez cohérent dans un hôpital, mais dans l'autre les points de vue sont plutôt hétérogènes.

Dès lors, nous allons essayer d'identifier les liens logiques (ou non), que les répondants font entre certaines thématiques telles que la communication formelle/informelle, la conscience de l'équipe et la confiance partagée.

- La communication formelle/informelle

Théoriquement, la communication informelle signifie une communication professionnelle non organisée. Cependant, dans le discours de l'ensemble des répondants des deux hôpitaux, la communication informelle est ressentie comme une communication extra-professionnelle.

À Godinne, le passage régulier et volontaire des anesthésistes permet d'accentuer la communication informelle (selon leur définition) et ainsi de valoriser les relations professionnelles grâce à la localisation de la salle de réveil au bloc opératoire. C'est ainsi que les prestataires de soins arrivent à décrire leurs relations professionnelles comme « *familiales* » et « *conviviales* ». De plus, les professionnels utilisent un écrit standardisé qui permet de structurer la communication orale et ainsi la rendre plus formelle.

À Sainte-Elisabeth, nous avons constaté que la communication est essentiellement informelle, et chacun agit selon ses habitudes parce qu'il n'y a pas de guidelines ou « *d'attitude uniforme* ». Nous constatons par ailleurs que plusieurs personnes rencontrées se plaignent d'une communication problématique/difficile, qui se base sur des pratiques non formalisées et qui nécessite une forme de confiance interpersonnelle. Nous pouvons donc supposer qu'une partie des problèmes de communication évoqués est liée au caractère informel de la communication. Il est, également, intéressant de constater que, lorsque nous évoquons la communication informelle, les répondants comprennent cela comme s'il s'agissait de relations extra-professionnelles. Ceci semble indiquer qu'il n'y a pas de conscience claire que la communication d'informations professionnelles pourrait être formalisée, par exemple avec un protocole.

D'ailleurs, lorsque nous évoquons l'outil SBAR, les anesthésistes, en particulier, soulèvent la charge de travail que cela représenterait, et ne semblent pas prêts à l'assumer. Pourtant, sur le

principe, ils reconnaissent l'importance de la qualité de l'information transmise. Par ailleurs, certains professionnels sont demandeurs de plus de communication informelle pour renforcer la confiance et le côté relationnel et collaboratif de l'équipe. Nous pouvons donc nous interroger sur ces possibles contradictions : d'une part, l'aspect très informel de la communication qui pose des problèmes et, d'autre part, la demande davantage de contacts informels et pour finir, la résistance à la formalisation de la communication.

- La conscience de l'équipe et de l'autre

À Godinne, de la part du service d'anesthésie, une procédure standard (feuille orange) est présente afin de compléter la transmission de l'information, ce qui permet de structurer leur communication. Les médecins sont d'accord pour dire que la communication écrite ajoutée à la communication orale est une surcharge de travail. Ils sont, néanmoins, conscients que cela reste nécessaire et utile pour le bon suivi et la qualité des soins du patient par les infirmières. C'est pourquoi ils continuent de s'atteler à cette tâche. Cependant, lorsque nous évoquons la proposition d'un outil, les professionnels expliquent qu'ils disposent déjà d'une méthode très similaire à la proposition de l'outil validé et pour cela, les professionnels ne semblent pas trouver nécessaire d'en changer. Néanmoins, une infirmière et un anesthésiste expliquent qu'il est toujours intéressant d'apprendre et de découvrir d'autres techniques, sauf si c'est pour être redondant à ce qui se réalise déjà. On peut toujours s'améliorer.

Par contre, à Sainte-Elisabeth, certaines infirmières expliquent qu'elles ressentent assez fort la division d'équipe infirmière-médecin et elles ne trouvent pas le climat de travail « *harmonieux* ». Selon les infirmières, la communication est compliquée parce que les médecins ne sont pas complets dans leurs informations, ou parce qu'ils s'enclavent dans leurs habitudes ou encore parce qu'ils ne donnent pas assez d'importance au rapport oral. De plus, selon les propos de certaines infirmières, leur bien-être ou même du patient n'est pas une priorité pour certains anesthésistes. Les infirmières traduisent cela par un manque de volonté, de rigueur, de remise en question ou même de professionnalisme de la part des médecins. D'un côté, certains anesthésistes expliquent essayer de s'améliorer pour transmettre l'entièreté de l'information. Ils se disent ainsi ouverts à la mise en place d'un outil parce que la qualité doit primer. D'un autre côté, leurs propos sont contradictoires, car lorsque nous proposons la mise en place d'un outil pour structurer la communication, l'ensemble des médecins disent que cela est faisable, mais ils ne semblent pas, actuellement, disposés à l'utiliser malgré la conscience d'une communication non optimale. En effet, les anesthésistes sont résistants à la mise en place d'un outil craignant une surcharge potentielle de travail. De plus, l'un explique que sa propre

structure de communication est déjà en place et lui suffit. Un autre expose qu'il y aura certes une procédure obligatoire à suivre, mais il estime à l'avance qu'elle ne sera pas respectée en dehors du travail électif. En revanche, les infirmières sont réellement plus enclines à le mettre en place parce que, selon elles, elles sont plus ouvertes aux changements, contrairement à certains anesthésistes. De plus, elles souhaitent vivement améliorer la qualité de la communication et ne voient que des points positifs à la mise en place d'un outil. En effet, selon elles, cela permettrait de réduire le manque de transmission de l'information qui parfois, oralement, est associé à un ton méprisant ou arrogant. Cet outil serait une aide supplémentaire par rapport à la quantité d'informations qu'elles doivent retenir parce qu'elles ne sont pas « *des robots* ».

Certains professionnels sont dans l'attente d'apprendre à mieux se connaître, mieux se comprendre, tendre à être sur la même longueur d'onde, et partager les mêmes objectifs. Une meilleure communication, finalement, permettrait un meilleur travail d'équipe dans sa globalité. Certains ne sont pourtant pas prêts à assumer une charge de travail supplémentaire, alors qu'ils savent que leur communication n'est pas de qualité. Cela semble donc indiquer qu'il y a un manque de conscience de l'autre, de l'équipe, d'appartenance au groupe ou des efforts fournis par certains.

- La confiance partagée

À Godinne, la confiance repose en partie sur un cadre partagé. En effet, les propos de l'ensemble de personnes interviewées sont cohérents concernant la qualité de la communication. Celle-ci se traduit par un respect mutuel, une confiance, une collaboration importante, de l'écoute et une liberté d'expression. Selon les professionnels interviewés, le fait d'avoir des relations extra-professionnelles permet d'être complémentaires et d'éviter de potentiels rapports de force.

Par contre, à Sainte-Elisabeth, la confiance semble reposer sur certains liens interpersonnels. Il est vrai que lorsqu'il y a une nouvelle engagée, les médecins ont tendance à faire davantage confiance aux plus anciennes. De plus, les infirmières expliquent qu'elles doivent se fier aux « *habitudes* » des médecins qui contiennent parfois des erreurs. Pourtant, les soignants sont d'accord pour dire qu'il est important de pouvoir compter sur son équipe et qu'elle doit être soudée. Dès lors, la confiance nécessaire à la bonne collaboration pose question. Effectivement, elle se construit sur des liens interpersonnels mais aussi sur la connaissance du champ d'action de chacun. C'est pourquoi les professionnels doivent se connaître personnellement et professionnellement.

DISCUSSION

A. RÉSUMÉ DES RÉSULTATS

En conclusion, nous avons pu constater des disparités entre les dires des professionnels de la santé sur le site de Sainte-Elisabeth contrairement à Godinne où nous en avons retrouvé une grande similitude. Ajoutée à ce constat, notre attention a ciblé trois thèmes importants tels que la communication formelle/informelle, la conscience de l'équipe / de l'autre et la confiance partagée.

De manière générale, les infirmières et les anesthésistes ont des opinions diverses à Sainte-Elisabeth. Outre le fait que la plupart des personnes interviewées remarquent que la communication est à améliorer, ils sont généralement conscients que la communication n'est pas de qualité. Selon eux, certains facteurs comme les rapports de force, la surcharge de travail, ou encore le vocabulaire jouent un rôle négatif sur la qualité de la communication. De plus, les professionnels sont clairvoyants concernant les effets indésirables que cela peut entraîner tant sur le patient que sur le personnel. Par contre, lorsque nous leur proposons la mise en place d'un outil pouvant structurer la communication, tous sont d'accord pour dire que cela est faisable, mais l'application, selon eux, sera compliquée. C'est ainsi qu'il est nécessaire de conscientiser l'importance de la formalisation et de la structuration de la communication.

À Godinne, l'entièreté des personnes interviewées exprime que la communication est bonne et est donc de qualité. Pour eux, la communication n'est pas à améliorer parce qu'ils ne ressentent pas d'obstacles majeurs à la communication. En effet, les transmissions d'informations sont standardisées par le biais d'une feuille écrite de communication. Certes, c'est un travail supplémentaire pour les anesthésistes, mais ceux-ci en comprennent l'importance pour l'équipe. C'est ainsi que lorsque nous leur proposons un outil pouvant structurer la communication, la majorité des professionnels ne ressentent pas le besoin de changement, car ils estiment que cela est très ressemblant à leur procédure qui génère beaucoup d'effets positifs. Certains ne sont pas contre de s'y intéresser pour en apprendre davantage.

B. LIEN ENTRE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE ET LES RÉSULTATS RÉCOLTÉS SUR LE TERRAIN

1. FACTEURS

Lors de notre recension de la littérature, nous avons découvert une multitude de facteurs pouvant engendrer une mauvaise communication. Nous avons fait le choix d'en cibler certains tels que l'appartenance disciplinaire des soignants, les rapports de force, le transfert de responsabilité et la complexité de l'information.

Durant nos entretiens sur le terrain, nous avons constaté que les facteurs précités ont été relevés également par les différents professionnels. À la différence, certains professionnels ont abordé d'autres problèmes que nous n'avions pas développés au préalable tels que la surcharge de travail, la langue maternelle et la salle de réveil (lieu).

Certains facteurs cités par Dingley et al. (2008), Leonard et al. (2004), Salik et Ashurt (2019) et Sutcliffe et al. (2004) comme la différence de sexe, les malentendus, les distractions, les interruptions, mais aussi les facteurs dits « humains » sont des causes que les professionnels des deux hôpitaux ont également mises en évidence, car elles sont omniprésentes dans l'environnement des soins de santé.

➤ « Appartenance disciplinaire » :

Nous ne retrouvons que des similitudes entre les propos des professionnels et les auteurs d'articles. Il est vrai que concernant les écrits sur

- les « habitudes » de Smith et al. (2008)
- les codes que les professionnels utilisent de Woodhall et al. (2008)
- la manière de communiquer des médecins par rapport à leur formation de Leonard et al. (2004)

sont identiques aux déclarations des répondants.

Par contre, lorsque Leonard et al. (2004) expliquent que la culture varie selon la profession de l'acteur de soin, nous remarquons des dissemblances. En effet lors des interviews, certaines infirmières et certains médecins ont expliqué pourtant avoir la même vision : soigner les patients. De plus, pour une même profession, certains médecins ont une politique propre à eux, des valeurs et des normes qui peuvent être différentes, comme par exemple le coup de téléphone

obligatoire avant de libérer le patient ou encore leur passage en salle de réveil avant que le patient ne remonte en chambre.

➤ « Rapport de force » :

Des scientifiques ont montré qu'il existait, dans des institutions, des structures hiérarchiques dysfonctionnelles entre les professionnels. Dans notre étude, les répondants d'un hôpital ont expliqué avoir ressenti ce rapport de force. De plus, il est vrai que, dans un des deux établissements, il y a eu une concordance avec l'étude de Smetzer et Cohen (2005) qui ont montré également que les infirmiers moins expérimentés signalent qu'ils rencontrent du personnel moins impliqué vis-à-vis d'eux. En effet, les infirmières de Sainte-Elisabeth ressentent que les anciennes sont « *préférées* » par rapport aux nouvelles engagées.

➤ « Transfert de responsabilité » :

Dans la théorie, nous avons remarqué une opposition de point de vue entre Smith et al. (2008) et le « Guide pédagogique pour la sécurité des patients » de l'OMS (2011). De ce fait, nous nous étions posé certaines questions face à cette différence de propos.

Sur le terrain, les propos des anesthésistes sont identiques aux écrits de Smith et al. (2008) qui expliquent qu'un transfert d'informations ne signifie pas automatiquement qu'il y a également un transfert de responsabilités professionnelles. Effectivement, les infirmières et les anesthésistes sont d'accord pour dire que, lorsque les médecins confient un patient à une infirmière de la salle de réveil, tout en réalisant une transmission d'informations, ils restent tout de même responsables ! Par contre, un anesthésiste de Godinne spécifie qu'il n'est pas responsable des actes commis par l'infirmière (ex : une mauvaise injection).

Parallèlement, les infirmières de Sainte-Elisabeth nous ont signalé qu'il y avait un manque d'informations et un délestage du patient, lors de son transfert, de la part de certains anesthésistes. Dès lors, nous pouvons penser, d'une part, que la restriction ou l'omission de l'information de la part des anesthésistes est associée à leur statut/formation/métier de rester responsable. D'autre part, l'allègement de la prise en charge du patient de la part de certains anesthésistes est dû au fait que ceux-ci confient leurs patients aux infirmières.

➤ « Complexité de l'information » :

Les professionnels de la santé rejoignent les propos de Le Bars (1998, p.12) concernant les transmissions orales. En effet, les soignants ont expliqué, durant les entretiens, qu'un des risques les plus fréquents était l'oubli de l'information. À Godinne il existe une trace écrite qui

permet de l'éviter. D'ailleurs, l'article 22 du Code de déontologie médicale commenté (2018) énonce que les transmissions écrites sont les seuls documents légaux pouvant être saisis par la justice grâce à leur traçabilité. Par contre, à Sainte-Elisabeth, il n'existe pas de trace écrite. Un anesthésiste a d'ailleurs fait remarquer que la mise en place d'une transmission écrite permettrait, sans doute, de « *mettre plus à l'aise* » les infirmières d'un point de vue médico-légal sans craindre un éventuel retournement de situation défavorable. Dès lors, nous pouvons remarquer que les transmissions d'informations sont uniquement basées sur les dires et la confiance entre les professionnels.

Haberey-Knuessi et al. (2013) expliquent que les différents outils de communication électroniques s'imposent au détriment des échanges directs. C'est ce que craignent certains anesthésistes de Sainte-Elisabeth concernant la mise en place d'un outil structurant la communication. En effet, ils redoutent une « *déshumanisation de la profession* » et un manque de communication orale. À contrario, à Godinne, les professionnels de la santé utilisent un document écrit standardisé permettant de structurer la communication orale et n'expriment pas un manque d'échanges directs pour autant.

Les infirmières de Sainte-Elisabeth rejoignent ce qu'Haller et al. (2011) ont mis en évidence dans leur étude. En effet, selon l'auteur, 67% des anesthésistes ne communiquent pas de manière claire l'information lors de l'arrivée du patient en salle de réveil. Cette constatation a été également relevée par les infirmières de Sainte-Elisabeth pour une majorité des anesthésistes.

Dans la théorie, nous avons remarqué qu'une riche communication orale entre les professionnels pouvait être tant formelle qu'informelle. Par contre, sur le terrain, nous avons constaté que les soignants avaient une définition différente de la communication informelle. En effet, selon eux, la communication informelle permet de développer d'abord les relations extra-professionnelles. Cependant, à Godinne, selon les professionnels, la communication est de qualité et également formelle, car les transmissions sont écrites, orales et standardisées. En revanche, à Sainte-Elisabeth, les propos des professionnels sont divergents parce que certains ne trouvent pas que la communication est formelle. Il n'y a pas de transmissions écrites ni de structure, mais d'autres pensent que la communication est formelle parce que les ordres oraux sont importants et à prendre en compte.

2. CONSEQUENCES

- Pour le patient

Les conséquences d'une mauvaise communication entre les membres du personnel soignant peuvent contribuer à de graves incidents de sécurité pour le patient (Rabol et al. 2011). Les professionnels de la santé interviewés sur le terrain semblent être conscients de ces conséquences. D'ailleurs, l'entièreté des soignants a souligné qu'une mauvaise communication entraîne des conséquences pour le patient tant sur sa prise en charge que sur sa sécurité. Cependant, des anesthésistes des deux hôpitaux ont appuyé la rareté des événements impactant le patient.

- Pour le professionnel

Les professionnels de la santé sont clairvoyants sur le fait qu'ils peuvent être touchés par la mauvaise communication. Il est vrai que, dans leurs observations au bloc opératoire, lors des procédures de chirurgie générale et vasculaire en 2003, Lingard et al. (2004) ont montré qu'il y a près de 36,4% des échecs de communication ayant des effets « visibles » tels que la tension au sein de l'équipe et l'inefficacité. Ces effets sont, effectivement, ressentis par les professionnels de la santé lors d'une mauvaise communication.

Nous savons que la communication informelle représente une force de socialisation et qu'elle contribue à la qualité des soins, mais aussi au bien-être de chacun et au climat de travail propice à un épanouissement personnel et professionnel (Jamouille et al., 2016). Les répondants ne semblent pas comprendre le concept de la communication informelle étant donné qu'ils associent la communication informelle à l'extra-professionnelle. Cependant, à Godinne, la communication informelle (selon leur définition) est bien présente et est en lien avec la qualité de leur communication et leur ambiance de travail. Par contre, à Sainte-Elisabeth, on constate un manque de « conscience d'équipe », car la communication extra-professionnelle n'est pas assez présente selon certains professionnels et d'autres disent ne pas avoir le temps ou ne pas trouver cela nécessaire.

- Pour l'organisation

Pour l'ensemble des professionnels interviewés, les conséquences pouvant toucher l'hôpital ne sautent pas aux yeux des répondants et ne sont pas prises en compte. Pourtant la communication est liée au côté formel d'une institution, car la performance hospitalière découle de la

standardisation des pratiques et se définit à partir de la capacité de coordination du processus de prise en charge des patients (Gentil, 2010).

Nous savons que l'hôpital de Godinne est dit « universitaire », c'est-à-dire qu'il permet la formation théorique et pratique des futurs professionnels de la santé, mais aussi des chercheurs en sciences de la santé. Les professionnels de la santé de Godinne disent que leur communication est de qualité. De ce fait, nous soupçonnons qu'ils en portent une attention particulière due au titre de l'hôpital. De plus, les médecins de Sainte-Elisabeth sont des professionnels de la santé indépendants alors qu'à Godinne ils sont salariés. Nous pensons alors que certains anesthésistes de Sainte-Elisabeth construisent une communication en lien avec leur propre intérêt. Contrairement, à Godinne, les médecins nous ont prouvé que la communication doit être organisée pour que toutes les parties de l'organisation fonctionnent en harmonie dans le but de faciliter le travail des autres ou encore améliorer le processus dans son ensemble.

3. OUTIL

Lors de nos entretiens, nous avons résumé l'utilisation d'un outil (sans le nommer : outil SBAR) prouvant que dans certains hôpitaux, et grâce lui, la communication entre les différents professionnels est structurée. Beckett et Kipnis (2009) et Boaro et al. (2010) ont démontré divers avantages de l'utilisation de cet outil. Nous en retrouvons une série en lien avec la feuille de transmission standardisée de Godinne, entre autres la diminution des oublis, le gain de temps ou encore une meilleure prise en charge, selon les dires des répondants. À Saint-Elisabeth, ces mêmes avantages ont été cités par les professionnels lorsque nous leur avons demandé le côté positif d'un outil. De plus, Vandarman et al. (2012) expliquent que l'outil SBAR permet d'atténuer l'influence de la hiérarchie et des différences de formations ou encore de donner une légitimité aux infirmières récemment embauchées. Or, ce sont des facteurs indésirables que les infirmières ont relevés à Sainte-Elisabeth.

Cependant, techniquement parlant, les professionnels des deux institutions sont d'accord pour dire que la mise en place d'un outil structurant la communication est faisable. En revanche, l'application de l'outil est mal accueillie par les institutions, et ce, de différentes manières. À Godinne, les soignants ne souhaitent pas instaurer un outil dans leur organisation parce qu'ils estiment concluant ce qui est déjà mis en place et s'en satisfont. À Sainte-Elisabeth, pour certains anesthésistes, l'installation d'un outil semblerait contraignante, car il y aurait une charge de travail supplémentaire. Dès lors, ces anesthésistes ne seraient-ils pas volontaires d'assumer une surcharge de travail malgré les avantages d'un outil et les demandes des

infirmières ? Il est nécessaire que certains professionnels de la santé prennent conscience de l'importance d'une standardisation formelle de la communication ainsi que de toutes les conséquences positives, tous domaines confondus, qu'elle apporte.

C. LES LIMITES DU TRAVAIL

Premièrement, nous avons fait preuve de la plus grande neutralité possible lors de la réalisation des interviews et de la rédaction des résultats. Cependant, il est vrai que nous travaillons dans un des deux hôpitaux, de plus, dans le service concerné. Pratiquement, cela nous a permis une grande facilité de contacts lors de la réalisation des entretiens, mais le risque de trop bien connaître cette institution et pas l'autre existait. Ajoutée à cela, la désirabilité sociale a pu être un biais dans notre étude. Effectivement, le risque était que les participants profitent de l'étude pour donner un sens valorisant à leurs propos. Cependant, nous avons pu éviter ces réponses socialement désirables en triangulant les propos des répondants par le biais de l'analyse interprétative.

Un autre aspect des limites de notre travail fut directement lié aux conditions du Covid-19. De ce fait, nous n'avons pas réussi à aller totalement au bout de notre plan. Même si nous avons atteint un grand nombre total d'entretiens, cette situation ne nous a pas permis de développer davantage le sujet. Qui sait ce que nous aurions pu découvrir ?

D. LES PERSPECTIVES

1. PERSPECTIVES PERSONNELLES

D'un point de vue théorique, ce travail de recherche nous a fait découvrir quels étaient les facteurs et les conséquences liés à une mauvaise communication. Nous avons choisi de nous limiter à certains facteurs et à certains outils, car les autres relèveraient d'une étude plus approfondie. Cependant, il serait intéressant de réaliser une seconde analyse en lien avec d'autres obstacles à la communication et de constater la récurrence ou non de ceux-ci.

D'une part, l'étude qualitative nous a permis de dégager les caractéristiques de la communication sur le terrain et ainsi de répondre à la première partie de la question de recherche : « Comment la communication intra équipe en salle de réveil est-elle structurée ». En effet, nous avons découvert comment les professionnels de santé communiquaient, de quelle manière ils structuraient leur communication, mais aussi leurs ressentis face à la qualité de leur propre communication. À Sainte-Elisabeth, il n'existe pas une structure uniforme, commune ou

même standardisée. Cependant, à Godinne tous les professionnels de la santé ont expliqué que la communication semble suffisamment structurée par le biais d'un dispositif standardisé.

D'autre part, grâce à notre recherche sur le terrain, nous avons pu répondre à la deuxième partie de la question de recherche : « Quel serait l'intérêt d'un outil favorisant une plus grande structuration de la communication ? ». Il est vrai qu'une institution utilise un outil, propre à elle, pour structurer sa communication. C'est pourquoi les personnes interviewées, dans cet établissement, n'ont pas relevé d'obstacles pouvant engendrer une mauvaise communication. Les soignants se disent donc satisfaits de la qualité de leur communication. À contrario, dans l'autre institution, les professionnels de la santé relèvent que la communication est problématique, mais ils n'ont pas d'outil mis en place pour structurer les transmissions d'informations. De plus, plusieurs obstacles à la communication, cités par ces professionnels, entravent les transmissions d'informations. C'est ainsi que nous proposons de recommander la mise en place d'un outil permettant une structuration de la communication puisque nous avons constaté des résultats positifs dans une institution. De plus, l'outil serait utile, d'une part, pour diminuer les causes liées à la mauvaise communication et, d'autre part, pour aider les professionnels de la santé à communiquer le plus adéquatement possible afin d'augmenter la qualité de leur communication.

Cependant, selon nous, il est d'abord nécessaire de sensibiliser ces professionnels de la santé à une communication efficace afin d'augmenter les chances de mise en place d'un nouvel outil. En effet, les cliniciens doivent avoir une volonté de changement et d'amélioration.

2. PERSPECTIVES ORGANISATIONNELLES

Tout d'abord, nous souhaitons mettre en avant les pistes d'amélioration afin d'affiner davantage la qualité de la communication que les professionnels ont fait émerger lors des entretiens dans l'un des deux hôpitaux. Des réunions intra équipe pourraient améliorer davantage la collaboration, les échanges entre les professionnels et/ou développer les transmissions ciblées lors d'événements indésirables survenus en salle d'opération.

De plus, liés aux réunions intra équipe, nous proposons que les professionnels de la santé définissent et fixent des stratégies et des objectifs communs précis à utiliser et à atteindre ainsi que des tâches spécifiques propres à chacun, de même que des protocoles standardisés à appliquer. Le tout serait appuyé et suivi par une hiérarchie rigoureuse et constructive. Les

résultats et observations de ces nouvelles actions pourraient faire l'objet d'un rapport écrit utile et accessible à tous.

Ensuite, nous suggérons d'organiser et de réaliser des activités « teambuilding » pour les professionnels afin d'augmenter les relations extra-professionnelles et informelles. Finalement, nous proposons d'instaurer des programmes de formations et/ou des conférences sur le thème de la communication et le travail d'équipe dans le but de prendre conscience amplement du problème de communiquer parce que n'oublions pas que : « *Communiquer de manière claire et concise ne s'improvise pas : c'est un art à exercer.* » (Mascherek et al., 2014, p.327).

3. PERSPECTIVES CLINIQUES

Dans les milieux de santé actuels, il est important de mettre le patient au centre des soins. Il est donc nécessaire d'avoir une bonne communication pour permettre une collaboration et coordination adéquate afin de limiter au maximum les conséquences pour le patient. À la suite de la mise en place d'un outil de communication au sein d'une institution, on pourrait faire une étude chiffrée des conséquences positives que l'outil a apportées aux patients et aux patriciens.

Il serait également intéressant d'étudier le point de vue des patients en lien avec la qualité de leur séjour hospitalier évaluée selon différents critères (prise en charge, soins, durée, sécurité). En fonction de leurs réponses, il serait possible de comprendre et de stimuler la fidélisation des patients auprès d'une institution où chacun y retrouverait son compte.

4. PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Dans la continuité de ce mémoire, il serait intéressant de poursuivre les recherches afin d'évaluer l'efficacité de l'outil institutionnel de Godinne, mais également d'évaluer à l'avenir si la communication à Sainte-Elisabeth s'est améliorée suite à la concrétisation des souhaits d'amélioration qui ont été cités par les personnes interviewées.

Une autre étude pourrait déterminer si les préoccupations financières et humaines, en lien avec l'amélioration de la communication, sont généralisables à l'institution ou uniquement ciblées pour le service du bloc opératoire. Ensuite, nous pouvons imaginer de réaliser une analyse concernant le succès//la qualité/le bénéfice de l'harmonisation des procédures similaires à mettre en place au sein du réseau CHU UCL Namur et par la suite, pourquoi pas, au sein du réseau namurois.

Pour finir, il serait utile de mener une enquête poussée en lien avec le bien-être au travail, puisque nous avons remarqué que celui-ci était, entre autres, lié à la bonne communication, l'ambiance et la qualité de travail. Il serait donc pertinent de connaître le sentiment des professionnels de la santé à propos de leur bien-être au travail et agir en conséquence pour en optimiser le rendement, diminuer les burn-out, le stress... En effet, depuis 1996, il existe une loi relative au bien-être des travailleurs et depuis 2017, un nouveau Code du bien-être au travail est entré en vigueur. Ce sujet est donc pleinement d'actualité.

CONCLUSION

Les recherches théoriques que nous avons effectuées nous ont permis d'avoir un regard affiné sur la problématique de la structuration de la communication interprofessionnelle. Nos recherches ont permis de constater l'importance des deux fonctions essentielles et nécessaires de la communication, citées par Richard et al. (2011, p.258), telles que « [...] 1) *l'échange d'informations* ; 2) *le développement d'une relation* [...] ». Cependant, ces recherches ont fait aussi émerger des facteurs, et des conséquences suite à une mauvaise communication. De ce fait, pour pallier les potentielles barrières de la communication entre les professionnels de la santé, nous avons découvert des outils permettant d'aider les soignants dans la structuration de la communication pour la rendre plus efficace.

Lors de notre analyse de terrain et par le biais de nos entretiens, nous avons découvert que la communication était bien différente selon les institutions. En effet, à Godinne, les professionnels sont satisfaits de leur communication et collaboration. Ils utilisent une structure standardisée, efficace selon eux, mise en place par leurs soins. Par contre, dans l'hôpital de Sainte-Elisabeth, de manière générale, les professionnels sont conscients du manque de qualité et de structure de leur communication. Néanmoins, la formalisation et de la standardisation de la communication sont nécessaires et restent à mettre en place.

Ensuite, nous avons émis l'idée de structurer la communication par le biais d'un outil reconnu, comme le SBAR, qui permet de cibler et standardiser la communication. Nous avons remarqué que, techniquement parlant, il était possible de le mettre en place. Cependant, certains éléments cités par les répondants nous ont montré que son installation serait complexe à cause d'une certaine réticence de la part de quelques professionnels.

Finalement, à plus grande échelle, nous avons émis diverses perspectives afin d'améliorer la communication entre les professionnels comme l'harmonisation des procédures au sein du même réseau hospitalier.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHREKAR M., MURTHY V., KANAN S., SHETTY R., NAIR M., KHATTRY N. (2016). Introduction of Situation, Background, Assessment, Recommendation into Nursing Practice : A Prospective Study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(1), 45-50. DOI : 10.4103/2347-5625.178171
- ALVAREZ G., COIERA E. (2006). Interdisciplinary communication : An uncharted source of medical error ?. *Journal of Critical Care*, 21, 236– 242. DOI : 10.1016/j.jcrc.2006.02.004
- BECKETT C., KIPNIS G. (2009). Collaborative Communication : Integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcomes. *Journal for Healthcare Quality*, 31(5), 19-28. DOI : 10.1111/j.1945-1474.2009.00043.x
- BOARO N., FANCOTT C., BAKER R., VELJI K., ANDREOLI A. (2010). Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams. *Journal of Interprofessional Care*, 24(1), 111-114. DOI : 10.3109/13561820902881601
- BRINDLEY P.G., REYNOLDS S.F. (2011). Improving verbal communication in critical care medicine. *Journal of Critical Care*, 26, 155-159. DOI : 10.1016/j.jcrc.2011.03.004
- CHAHARSOUGH N., AHRARI S., ALIKHAH S. (2014). Comparison the Effect of Teaching of SBAR Technique with Role Play and Lecturing on Communication Skill of Nurses. *Journal of Caring Sciences*, 3(2), 141-147. DOI : 10.5681/jcs.2014.015
- COIERA E., TOMBS V. (1998). Communication behaviours in a hospital setting : an observational study. *British Medical Journal*, 316, 673-677. DOI : 10.1136/bmj.316.7132.673
- CORDONNIER E. (2001). Communication dans la santé : Vers la connectivité médicale multimédia. *Les Cahiers du numérique*, 2(2), 13-35
- D'AMOUR D., GOULET L., LABADIE J-F., SAN MARTIN-RODRIGEZ L., PINEAULT R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(188), 1-14. DOI : 10.1186/1472-6963-8-188
- DAYTON E., HENRIKSEN K. (2007). Communication Failure : Basic Components, Contributing Factors, and the Call for Structure. *Journal on Quality and Patient Safety*, 33(1), 34-47. DOI : 10.1016/s1553-7250(07)33005-5

- DINGLEY C., DAUGHERTY K., DERIEG M., PERSING R. (2008). Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 3, Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/>
- FOX S., GABOURY I., CHIOCCHIO F., VACHON B. (2019). Communication and Interprofessional Collaboration in Primary Care : From Ideal to Reality in Practice. *Health Communication*, 11p. DOI : 10.1080/10410236.2019.1666499
- GENTIL S. (2010). Concilier standardisation et gestion de l'imprévu au sein des blocs opératoires : la communication au cœur du travail d'articulation. Document présenté au 21e Congrès de l'Association Francophone de Gestion des Ressources Humaines, Rennes- Saint Malo, 17-19 [En ligne] : <https://www.agrh.fr/assets/actes/2010gentil.pdf>
- HABEREY-KNUESSI V., HEEB J-L., MORGAN DE PAULA E. (2013). L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, 115,8-18. DOI : 10.3917/rsi.115.0008
- HAIG K., SUTTON S., WHITTINGTON. (2006). SBAR : A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians. *Journal on Quality and Patient Safety*, 32(3), 167-175. DOI : 10.1016/s1553-7250(06)32022-3
- HALLER G., LAROCHE T., CLERGUE F. (2011). Evénements indésirables et problèmes de communication en périopératoire. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 30(12), 923–929. DOI : 10.1016/j.annfar.2011.06.019
- HESBEEN W. (2008). Dialogue et soins. *Soins*, 727, 23-26
- KING HB., BATTLES J., BAKER DP., ALONSO A., SALAS E., WEBSTER J., *et al.* (2008). TeamSTEPPS™: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 3, Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43686/>
- KOHN L., CHRISTIAENS W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspective de la vie économique*, 4(3), p67-82
- KOHN L., CORRIGAN J.M., DONALDSON M.S. (2000). *To Err Is Human : Building a Safer Health System*. National academic press. DOI : 10.17226/9728
- LE BARS M. (1998). Les transmissions dans une recherche de démarche qualité. *Objectif Soins*, 62, 11-16

- LEONARD M., GRAHAM S., BONACUM D. (2004). The human factor : the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*, 13(1), 85–90. DOI : 10.1136/qshc.2004.010033
- LEYRELOUP M., (2002), *Langage et Travail, Communication, cognition, action, Mots. Les langages du politique*, 69, 163-166. Disponible sur : <https://journals.openedition.org/mots/10793>
- LINGARD L., REZNICK R., DEVITO I., ESPIN S. (2002). Forming professional identities on the health care team : discursive constructions of the ‘other’ in the operating room. *Medical Education*, 36, 728–734. DOI : 10.1046/j.1365-2923.2002.01271.x
- LINGARD L., ESPIN S., WHYTE S., REGEHR G., BAKER G R., REZNICK R., & al. (2004). Communication failures in the operating room : an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care*, 13, 330–334. DOI : 10.1136/qshc.2003.008425
- LINGARD L., REGEHR G., ESPIN S., DEVITO I., WHYTE S., BULLER D., & al. (2005). Perceptions of Operating Room Tension across Professions : Building Generalizable Evidence and Educational Resources. *Academic Medicine*, 80(10 suppl), S75-S79. DOI : 10.1097/00001888-200510001-00021
- LOUIS SIMONET M. (2017). Collaboration interprofessionnelle et pratique collaborative en milieu hospitalier : un véritable défi. *Revue médicale Suisse*. 13(579). 1771-1772.
- MANSER T. (2008). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare : a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53, 143-151. DOI : 10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x
- MASCHEREK A., KOBLER I., BEZZOLA P. (2014). L’art de la communication au sein de l’équipe : ne rien laisser au hasard des interprétations. *Bulletins des médecins suisses*, 95(9), 327-329 Disponible sur : https://bullmed.ch/journalfile/view/article/ezm_saez/fr/bms.2014.02370/faba68b4a3759c4c6575cca314494e67d0dea93d/bms_2014_02370.pdf/rsrc/jf
- MOUSSAOUI-BOURNANE F., CLAVER S. (s.d.). La communication : un des piliers de la prévention. 19-34 [En ligne] : <http://eknygos.lsmuni.lt/springer/536/19-34.pdf>

- PRONOVOST P., BERENHOLTZ S., DORMAN T., LIPSETT P.A, SIMMONDS T, HARADEN C. (2003). Improving Communication in the ICU Using Daily Goals. *Journal of Critical Care*, 18(2), 71-75. DOI : 10.1053/jcrc.2003.50008
- RABOL L., LEHMANN M., OSTERGRAAD D., BJORN B., LILJA B., MOGENSEN T. (2011). Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. *British Medical Journal Qual Saf*, 20, 268-274. DOI : 10.1136/bmjqs.2010.040238
- RICHARD C., LUSSIER M-T., GALARNEAU S., JAMOULLE O. (2011). Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*, 11 (4), 255–272. DOI : 10.1051/pmed/2011009
- SALIK I., ASHURST J. (2019). Closed Loop Communication Training in Medical Simulation. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549899/>
- SMETZER J., COHEN M. (2005). Intimidation : Practitioners Speak Up About This Unresolved Problem. *Journal on Quality and Patient Safety*, 31(10), 594-599. DOI : 10.1016/s1553-7250(05)31077-4
- SMITH A.F., POPE C., GOODWIN D., MORT M. (2008). Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia : observational study of handovers in the recovery room. *British Journal of Anaesthesia*, 101(3), 332–337. DOI : 10.1093/bja/aen168
- STAINES A., BARALON C., FARIN A. (2016). TeamSTEPPS : des outils de travail en équipe pour la sécurité des patients. *Risques & Qualité*, 13(3), 159-164
- STRAMER A.J., SPECTOR N.D., SRIVASTAVA R., WEST D.C., ROSENBLUTH G, ALLEN A.D. & al. (2014). Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program. *The New England Journal of Medicine*, 317(19), 1803-1812. DOI : 10.1056/NEJMsa1405556
- STRAMER A.J, O'TOOLE J., SPECTOR N., WEST D., SECTISH T., SCHNIPPER J., SRIVASTAVA R., & al. (2016). Mentored Implementation Of The I-APSS Handoff Programm in Diverse Clinical Environments. *BMJ Quality & Safety*. 25, 1009-1010. Disponible sur : <https://qualitysafety.bmj.com/content/25/12/1009>
- SUTCLIFFE K.M., LEWTIN E., ROSENTHAL M.M. (2004). Communication Failures: An Insidious Contributor to Medical Mishaps. *Academic Medecine*, 79(2), 186-194. DOI : 10.1097/00001888-200402000-00019

- SUVA D., HALLER G., LUBBEKE-WOLFF A., MACHERET F., KINDLER V., HOFFMEYER P. (2014). De l'aviation à la chirurgie : le défi de la sécurité. *Revue médicale Suisse*, 10, 882-884
- VARDAMAN J.M., CORNELL P., GONDO M.B., AMIS J.M., TOWNSEND-GERVIS M., THETFORD C. (2012). Beyond communication : The role of standardized protocols in a changing health care environment. *Health Care Manage Rev*, 37(1), 88-97. DOI : 10.1097/HMR.0b013e31821fa503
- VELJI K., ROSS BAKER G., FANCOTT C., ANDREOLI A., BOARO N., TARDIF G., & al. (2008). Effectiveness of an Adapted SBAR Communication Tool for a Rehabilitation Setting. *HealthCare Quarterly*, 11, 72-79. DOI : 10.12927/hcq.2008.19653
- WHEELLOCK A., SULIMAN A., WHARTON R., BABU E.D., HULL L., VINCENT C., & al. (2015). The Impact of Operating Room Distractions on Stress, Workload, and Teamwork. *Annals of Surgery*, 261(6), 1079-1084. DOI : 10.1097/SLA.0000000000001051
- WOODHALL L.J., VERTACNIK L., McLAUGHLIN M. (2008). Implementation of the SBAR Communication Technique in a Tertiary Center. *Journal of Emergency Nursing*, 34(4), 314-317. DOI : 10.1016/j.jen.2007.07.007

Revue / Ouvrage :

- AUJOULAT I., *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique*. [Cours du master en sciences de la santé publique]. Bruxelles (Woluwe-Saint-Lambert) : Université Catholique de Louvain ; année académique 2017-2018.
- Haute Autorité de Santé. (2014). Un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé. 52p. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/saed_guide_complet_2014-11-21_15-41-2_64.pdf, consulté le 20 novembre 2019
- Organisation Mondiale de la Santé, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, France. (2011). Guide pédagogique pour la sécurité des patients : édition multi professionnelle. 3-270. [En ligne] : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250728/9782111395572-fre.pdf;jsessionid=287EC39A9E98F28B55F8A8664BEBBE2F?sequence=1>

- PAQS ASBL. (2020). Projet-pilote « TeamSTEPPS ». 23p. [En ligne], https://paqs.be/fr-BE/Ressources/Publications/En-lien-avec-les-activites/Rapport-Projet-pilote-%c2%ab-TeamSTEPPS-%c2%bb/PAQS_TeamSTEPPS_2020_Rapport, consulté le 8 avril 2020

Congrès / Colloque / Conférence :

- JAMOULLE O., GALARNEAU S., LUISSIER M-T., RICHARD C. (2016). Communiquer avec un collègue : de la pratique à son enseignement. Présenté à la Conférence Internationale sur la formation des résidents
- KADHIRA Y. (2018). Un petit geste pour le soignant, Un grand pas pour le patient. Présenté à la journée IRSG. Clinique Saint-Luc Bouge. [En ligne] : <http://www.slbo.be/wp-content/uploads/2018/01/interet-dutiliser-une-methode-de-communication-structuree-retour-dexperience-de-limplementation-sbar.pdf>, consulté le 17 novembre 2019
- ROLLAND-JACOB G., (2014). S.A.E.D : Situation, Antécédents, Evaluation, Demande. Un outil pour faciliter la communication entre professionnels de santé. Présenté au Congrès CIPIQ-S. Luxembourg. Disponible sur : http://cipiqs.org/wp-content/uploads/2018/06/2014_RollandJacob.pdf, consulté le 20 novembre 2019

Sites internet :

- Centre Hospitalier Régional Liège. (2018). Rapports d'activités 2018. 32p. [En ligne] : <https://www.chrcitadelle.be/CitadelleWebsite/media/Documents/Rapports%20annuels/Rapport-activites-2018.pdf>, consulté le 09 avril 2020
- CHR SF - Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. (2008). Comment améliorer la communication entre les prestataires de services de santé ? Le technique SAED (Solutions, antécédents, évaluation, recommandation) propose des solutions. [Version électronique]. *Saisir et Agir*, 47, 1-3
- CHUV - Centre hospitalier universitaire vaudois. (s.d). TeamSTEPPS - e-learning - communication structurée. [En ligne] : <https://www.chuv.ch/fr/chuv-home/formation/offre-de-formation/offre-de-formation-detail/formation/teamstepps-e-learning-communication-structuree-1/>, consulté le 28 novembre 2019.
- FHV - Fédération des hôpitaux vaudois. (s.d). SCAR. Disponible sur : https://www.fhv.ch/jcms/fhv_6743/scar, consulté le 24 novembre 2019

- HSO - Health Standards Organization. (2013). I-PASS : Une série d'interventions pour le transfert des soins. [En ligne] : <https://healthstandards.org/fr/pratique-exemplaire/i-pass-une-serie-dinterventions-pour-le-transfert-des-soins/>, consulté le 20 novembre 2019
- POMMEREAU E. (2017). SBAR, un petit geste pour le soignant, un grand pas pour le patient. [En ligne] : <https://www.chu-brugmann.be/fr/news/20170601-sbar-osiris.asp>, consulté le 17 novembre 2019

Documents législatifs :

- Article 11 du Code de déontologie médicale commenté. 2018. Ordre des Médecins, Conseil National. [En ligne] : <https://www.ordomedic.be/fr/code-2018/contenu/>, consulté le 18 octobre 2019
- Article 22 du Code de déontologie médicale commenté. 2018. Ordre des Médecins, Conseil National. Disponible sur : <https://www.ordomedic.be/fr/code-2018/contenu/>, consulté le 18 octobre 2019
- Directive européenne de 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et « règlement IMI ». (2013) Journal officiel de l'Union européenne. Article 31, §6, p.152. Disponible sur : <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:fr:PDF>, consulté le 11 novembre 2019

ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour Madame/Monsieur, je m'appelle Emilie Guilmin, je suis étudiante en dernière année du master en sciences de la santé publique à l'UCL. Dans le cadre de mon cursus, je réalise un mémoire qui a comme sujet « la communication interprofessionnelle » spécifiquement en salle de réveil entre anesthésistes et infirmières. Je souhaite donc vous solliciter afin de connaître votre avis sur ce sujet.

Sachez que les données sont anonymisées et seront utilisées uniquement dans le cadre de mon mémoire. C'est pourquoi, dans le but d'effectuer une retranscription précise, j'aimerais enregistrer l'entretien. Êtes-vous d'accord ?

Si vous le souhaitez, il est possible de vous faire parvenir une copie du mémoire.

- Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? (métier, ancienneté, temps de travail)

1. Connaître/comprendre la manière de communiquer en salle de réveil

- Parlez-moi de la communication en salle de réveil entre les infirmières et les anesthésistes ?

Relance : Dans quelle circonstance (situation urgente, de transfert), quel type de communication est privilégiée

- Finalement, trouvez-vous que cette communication est de qualité ?

→ Mots-clés : Communication informelle (sans règle), communication formelle (prévue, structurée), circonstances, manière, communication téléphonique, traces écrites, communication orale

2. Le ressenti des professionnels quant à la qualité de la communication en équipe (liens avec les facteurs)

- Quels types d'obstacles rencontrez-vous dans la communication entre les infirmières et les anesthésistes en salle de réveil ?
- Comment expliquez-vous les problèmes auxquels vous avez été confronté ? (Pouvez-vous m'en donner une illustration ?)

Relance : Pensez-vous que ce soit une question de hiérarchie ? ; Pensez-vous qu'il y ait une question de légitimité (junior-sénior) ? ; Pensez-vous que cela peut être lié à l'appartenance disciplinaire des soignants ? ; Pensez-vous qu'il est question de savoir-être dans le dialogue ?

→ Mots-clés : facteurs : hiérarchie, légitimité (senior-junior), intimidation, styles, codes, responsabilité, le langage, l'information, humains (fatigue, stress...)

- Pensez-vous que ces problèmes influencent la prise en charge des patients ?

3. L'influence/résultats de la mauvaise communication (liens avec les conséquences)

- Selon vous, quelles sont les conséquences d'une mauvaise communication entre les infirmières et les anesthésistes en salle de réveil ?

→ Mots-clés : avantages + et -, au niveau patient (sécurité, qualité de soins et prise en charge, coordination...), au niveau professionnel (ambiance/dynamique équipe, appartenance équipe, confiance), au niveau organisationnel

- Et que pourrait-on faire pour améliorer la qualité de la communication ?

4. Comprendre l'organisation/structuration de la communication en salle de réveil (lien avec outil)

Dans certains hôpitaux, à l'étranger, la communication entre les différents professionnels est structurée grâce à un outil. Selon cet outil, il faut résumer la situation actuelle du patient, lister les antécédents pertinents du patient, ensuite formuler sa propre analyse de la situation et terminer en proposant des suggestions, des recommandations et les attentes souhaitées en laissant la possibilité aux questions si nécessaire.

- Pensez-vous que la mise en place d'un tel outil, en salle de réveil, vous paraîtrait faisable ?
- Selon vous, qu'est-ce que cela changerait dans la communication entre les infirmières et les anesthésistes ? (positif/négatif)
- Quels en seraient les avantages ?
- Quels en seraient les inconvénients ?

→ Mots-clés : Structuration de la communication, canevas, procédure, transmissions complètes, feedback, boucle fermée, perte de temps (recontacter)

Un tout grand merci de m'avoir consacré du temps, je n'ai plus de questions à vous poser.

