

Faculté de santé publique

Comment le passage de l'information se fait-il dans une unité multi-site aux urgences ?

Constats et recommandations.

Mémoire réalisé par
Camille Tazi

Promoteur(s)
Frédéric Thys

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Ce mémoire n'aurait jamais pu voir le jour, sans les conseils avisés, les remarques judicieuses et le soutien de mon promoteur, le professeur Frédéric Thys. Je le remercie infiniment pour sa confiance et son soutien, le long de ce fastidieux mais néanmoins plaisant exercice.

Merci Anne-Sophie, sans toi je n'aurais pas eu cet élan de motivation pour clôturer cet épisode de ma vie.

Ce mémoire, est le fruit d'un travail d'équipe, et quelle équipe ! Le soutien et les encouragements de mes collègues (infirmiers, aide-soignant, médecins ...), leur implication dans la récolte de données, les aides ponctuelles et leur bienveillance à mon égard m'ont permis d'entreprendre sereinement cette dernière année.

Merci à mes chefs infirmiers et médecins, vous m'avez laissé le temps et l'espace pour réaliser ce projet, pour me réaliser.

Le soutien professionnel est important, mais les études universitaires, et les années diplômantes plus particulièrement, sont des périodes où le soutien amical et familial est indispensable. Je remercie du plus profond de mon cœur mes ami(e)s de toujours pour leur soutien indéfectible autour d'un bon repas ou au milieu d'enfants courant et hurlant joyeusement.

Je remercie profondément et sincèrement mes parents, vous m'avez inculqué le sens du travail, des responsabilités et l'amour d'entreprendre et de se transcender pour atteindre ses objectifs. Merci.

Je remercie ma sœur, ma belle-mère et mes belles-sœurs pour leur aide, pour leur soutien de toujours et souvent inopiné...

Je remercie enfin mon mari, pour sa force tranquille, ses silences, son soutien.

J'oubliais, je remercie et je congédie Netflix® et autre Disney Plus® ; vous m'avez aidé, je vous ai apprécié, mais je n'aurai plus (jamais) besoin de vous.

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.

*Je dédie ce mémoire à mes grands-parents.
Vous avez été des avant-gardistes, votre richesse culturelle vit en moi, en nous, chaque jour,
et je la transmettrai à mes enfants.*

À Anatole et Jeanne, n'abandonnez jamais...

TABLE DES MATIÈRES

LEXIQUE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE – PARTIE THÉORIQUE

I. Fonctionnement d'une unité de soins en multi-site	11
A. Unité de soin – concept	11
1. L'hôpital et ses urgences	11
2. L'unité de soins, une équipe.....	12
B. Interactions de l'entreprise avec l'identité, la particularité du multi-site.....	16
II. Acheminement du message	17
A. Concept de la communication.....	18
1. Théories et circulation de l'information.....	18
2. Intérêts de la communication à l'hôpital	20
3. La communication interne	22
B. Outils de communication.....	25
1. Les différents outils de communication	25
2. Le cas particulier des réseaux sociaux.....	27

SECONDE PARTIE – PARTIE EMPIRIQUE

I. Description du lieu d'observation.....	28
A. Analyse du terrain d'observation	28
1. Présentation du lieu d'expérimentation	28
2. Acteurs et analyse stratégique interne	29
3. Projet de service – Mieux Ensemble	31
B. État des lieux de la communication aux urgences du GHdC.....	31
1. Utilisation des concepts théoriques évoqués en première partie	31
2. Analyse de 2018 à 2022.....	35
II. Présentation de la méthode	36
A. Sélection du public cible	36
B. Élaboration des questionnaires.....	37
III. Analyse des résultats	38
A. Collecte des données.....	38
B. Résultats.....	38
1. Le ressenti de la communication dans le service	39

2.	Les moyens de communication.....	44
	a)La communication orale	44
	b) La communication écrite	48
3.	Formation et évaluation de la communication	48
IV.	La discussion et recommandations	50
A.	Moyens de communications	50
1.	Les réunions.....	50
2.	Les mails	53
3.	Les affiches	55
4.	Les entretiens personnels	56
5.	Les mini-vidéos	58
B.	Recommandations	59
C.	Limites de l'étude	60
V.	Conclusion	62

ANNEXES

A.	Analyse stratégique complète (interne et externe)	63
B.	Modification de la page intranet avant/après	63
C.	Dépliant de présentation du projet Mieux Ensemble	65
D.	Questionnaire groupe R.....	66
E.	Questionnaires groupe E.....	72

REPERTOIRE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

BIBLIOGRAPHIE

LEXIQUE

BMA : Brevet en Médecine d'Urgence

CHNDRF : Centre Hospitalier Notre Dame – Reine Fabiola

DDEU : Direction du Développement Économique et Urbain de Montréal

ERC : Émetteur – Récepteur – Canal

ETP : Équivalent temps plein

GE : Grand Entreprise

GHdC : Grand Hôpital de Charleroi

ICUS : infirmier Chef d'Unité de Soins

ICAP : Information – Compréhension – Adhésion – Participation

IMTR : Institut de Médecine Traumatologique et de Revalidation

MAD : Mise À Disposition

ME : Moyenne Entreprise

MEDEF : Mouvement des Entreprise DE France

MIHT : Military Intervention Health Team

ND : Notre Dame

ORSE : Observatoire pour la Responsabilité Sociétale des Entreprises

PIT : Paramedical Intervention Team

PME : Petite et Moyenne Entreprise

PV : Procès-verbal

SJ : Saint Joseph

SMA : Spécialiste en Médecine Aigue

SMU : Spécialiste en Médecine d'Urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgences et de Réanimation

SPF : Service Publique Fédéral

TPPSU : Porteur d'un Titre / certificat d'université en médecine d'urgences

INTRODUCTION

La communication est une discipline relativement nouvelle qui a pris son essor avec la révolution industrielle et les théories qui en ont découlé. Ce domaine difficilement conceptualisable tant sa définition est large et pluridisciplinaire est par ailleurs essentiel en gestion hospitalière.

Sans une communication adéquate, les rumeurs prennent place et il est alors difficile de rétablir la juste information.

Dans l'hôpital où j'exerce en tant qu'infirmière des urgences, une fusion nous tient en haleine depuis plus de dix ans. Cette fusion a fait l'objet des plus improbables rumeurs, peu se sont avérées exactes, mais beaucoup ont désorganisé et retardé la bonne évolution des choses. Depuis lors, nous travaillons en « multi-site » avec un turnover du personnel médical et administratif puis infirmier. Lorsqu'est venu le moment pour moi de choisir un sujet de mémoire, naturellement, j'en suis arrivée à cerner un sujet ayant trait au multi-site et au fil de mes lectures, à la communication autour de celui-ci.

Une récolte des données a été effectuée en 2018 au sein des urgences du GHdC concernant la communication et le ressenti de cette organisation du travail par le personnel de terrain. L'étude a été réalisée sur 50 membres du personnel, toutes professions et sites confondus sur une période d'un mois.

Il en ressort que 86% du personnel sondé trouve la communication des urgences du GHdC défailante ou moyenne (respectivement 42% et 44%).

Lorsque l'on prend les statistiques sites par site, certains modes de communication sont plébiscités, d'autres sont au contraire critiqués. Mais un constat se dresse révélant une certaine cacophonie en termes de moyen de communication et une désorganisation quant au chemin que parcourt l'information.

L'idée alors soufflée par mon promoteur, le professeur Thys, de standardiser la communication et de la simplifier se fait plus pesante. Un groupe de travail est formé et la problématique de mon mémoire-projet se dessine. Après plusieurs mois de gestation, le projet se concrétise enfin, il s'articulera en plusieurs parties, tout d'abord une revue de la littérature qui abordera les thèmes de la communication et de l'identité. Ensuite une partie empirique où nous évaluerons l'état de la communication aux urgences du GHdC grâce à des techniques reprises dans la partie théorique et à une enquête de terrain, puis à partir de ce constat, dans la discussion, nous proposerons des recommandations.

La problématique qui se dégagera en fil rouge tout au long de ce travail sera quels sont les facteurs qui favorisent ou qui sont un obstacle au passage de l'information dans l'unité multi-site ?

PREMIERE PARTIE – PARTIE THÉORIQUE

I. Fonctionnement d'une unité de soins en multi-site

A. Unité de soin – concept

1. L'hôpital et ses urgences

L'hôpital vient du latin *hospitalis domus* littéralement la maison où l'on reçoit ses hôtes. De nos jours, nous sommes loin de cette traduction littérale. Selon le Larousse, « *l'hôpital est un établissement public ou (...) privé ayant passé certaines conventions avec l'état et où peuvent être admis tous les malades pour y être traités* ».

En Belgique, le paysage hospitalier est en mouvance, ces dernières années ont vu l'avènement de réorganisations profondes. Les fusions, les regroupements, l'arrivée des bassins de soins ont modifié beaucoup de structures hospitalières.

L'hôpital a pour fonction première de s'occuper de personnes présentant un problème de santé aigu ou chronique. Ces fonctions de soins, de diagnostic, de prévention et de support à la population ne sont possibles que grâce à une collaboration des différents intervenants de l'hôpital. La structure hospitalière est avant tout une fourmilière d'individus de tous horizons, de tous niveaux d'études qui s'associent, forment un tout, pour servir une société toujours plus exigeante. Dès lors, l'hôpital est un système complexe organisé (Juignet, 2015).

Il est de coutume de présenter l'organisation de l'hôpital comme une organisation en silo où quelques professions font passerelle et lien entre ces silos. En effet plusieurs professions se côtoient ; les soins médicaux et paramédicaux, les fonctions de support (logistique administratif, informatique), les fonctions sociales mais aussi les fonctions de direction (ressources humaines, communication, gestion de la qualité).

Le SPF Santé définit l'hôpital comme tel : « *La fonction de l'hôpital a profondément changé depuis les années 60' du siècle dernier. L'hôpital était alors le lieu où les patients séjournent et étaient soignés. À l'heure actuelle, l'hôpital a pour tâche principale de dispenser des soins de santé à ses patients dans le but de combattre ou de soulager une maladie, de guérir ou d'améliorer leur état de santé ou de stabiliser leurs blessures.* »

Avec les multiples réformes des hôpitaux, des fonctions ont été créées ou supprimées. La communication, nous le verrons, permet à cet ensemble hétéroclite d'être plus homogène.

Le sujet de ce mémoire traite plus particulièrement des urgences.

Les urgences sont un service à part dans l'hôpital. Ce service diffère d'une unité classique par son activité aiguë et permanente (non prévisible et cyclique), mais il diffère aussi par la pluralité des corps de métiers qu'on y retrouve et qui interagissent ensemble. Dès lors, la communication est une compétence essentielle.

Le législateur belge ne mentionne pas le terme « urgences », il confère à l'hôpital une fonction « soins urgent spécialisé » et définit cette fonction comme une entité qui regroupe au sein d'un même lieu une « *partie administrative et une partie technique qui forment un ensemble sur les plans architectural et fonctionnel.* ».

En dehors de cet aspect légal, les urgences sont souvent considérées comme une porte d'entrée ; entrée vers l'hospitalisation, vers les consultations, vers la réanimation ou le bloc opératoire.

Elles s'appuient aussi sur un plateau technique comme le laboratoire ou la radiographie.

De plus, elles sont en contact direct et constant avec l'extérieur de l'hôpital via les vecteurs de l'aide médicale urgente (ambulances, PIT, SMUR), les maisons de repos et de soins, les maisons médicales ou simplement les médecins traitants.

Les urgences sont un endroit où, 24 heures/24, affluent des individus dotés de certaines compétences, toutes complémentaires qui interagissent avec tous les niveaux de l'hôpital. Mais, avant tout, ils fonctionnent en équipe.

2. L'unité de soins, une équipe

a) *L'individu, l'unité de l'équipe*

Dans une équipe, l'individu est l'unité constituante. À travers ce chapitre, nous aimerions vous expliquer les apports de l'individu à son équipe mais aussi et surtout l'apport que chaque unité peut apporter à un ensemble. Pour cela nous prendrons comme référence l'ouvrage de P. Scharnitzky « *Être soi en entreprise* ».

Nous avons choisi de suivre ce courant de pensée, car l'auteur place l'individu au milieu d'un tout. Il estime qu'il est impossible d'être un individu non social. Pour lui, l'identité est un concept qui se scinde en deux parties et chacune d'elles interagit avec la société, il est donc impossible d'être un individu non social.

Son point de vue pluriel de l'être nous intéresse car nous cherchons à démontrer que chaque individu par ses apports et ses rapports à l'équipe va influencer sur cette dernière. Chaque ajout va modifier la dynamique de groupe, et avec, la manière d'interagir et de communiquer avec ses pairs et sa hiérarchie.

Pour l'auteur, l'identité se scinde en deux parties l'identité de reconnaissance et l'identité descriptive, ces deux entités sont influencées par l'éducation et le travail. Nous définirons ces deux composantes comme suit.

L'identité de reconnaissance, prendra sa source dans trois constantes (l'unicité, la stabilité et la durabilité) Elles permettront à l'autre de nous identifier comme un être unique ; de nous reconnaître dans la société, dans l'équipe.

Le caractère unique de l'identité permet de différencier l'individu des autres. Il lui confère une valeur sociale, car cette unicité peut être un marqueur fort qui va influencer les relations à l'autre.

Le caractère stable de l'identité sera la façon de nous identifier au fil des années. La valeur sociale de cette stabilité est aussi très forte car la stabilité émotionnelle est une valeur très recherchée, dans la constitution d'une équipe qui permet de mieux gérer les situations de crise. En effet, un individu stable sera plus facilement « gérable » car il entrera dans un modèle de gestion de crise.

Et pour finir, le caractère durable de l'individu, l'auteur prend pour exemple l'apparence physique qui même si elle se modifie au fil des années reste globalement semblable. Cette durabilité est également recherchée dans la constitution d'une équipe.

Pour cette identité de reconnaissance, Scharnitzky est très statique et peu adaptatif. Il ne laisse pas de place à l'individu qui se cherche, qui change lorsqu'il est influencé ou non par la société. En effet, il ne prend pas en compte les individus qui sont instables ou ceux qui modifient durablement leur identité (chirurgie bariatrique, démarche transgenre). Il estime peut-être que malgré leur changement d'identité, ces individus retomberont, in fine, dans ce schéma d'identité de reconnaissance.

L'identité descriptive quant à elle ne reposera plus sur des caractères que nous qualifierons d'administratif, d'immuable, mais sur ce qui nous décrit, ce qui nous différencie de l'autre, notre personnalité, nos aptitudes et nos goûts.

Pour Scharnitzky, la personnalité est un concept mouvant. Dans son ouvrage, il oppose différents courants de pensée et met en exergue l'importance qu'attribuent aujourd'hui les entreprises à la personnalité. Il estime que l'approche psychosociale de la personnalité malgré son âge (1950) est la meilleure. Voici sa définition, « *organisation dynamique, réunie au plus profond de l'individu, des systèmes psychologiques qui déterminent sa façon unique de s'adapter à son environnement* ». Cette définition cadre totalement avec la philosophie de ce chapitre qui veut démontrer que l'individu est un être social qui interagit et s'adapte à l'équipe. L'auteur appose cette définition des années 50 à un concept bien contemporain qui est les *soft skills*.

Les aptitudes font partie intégrante de l'identité descriptive, on distingue deux aptitudes : l'intelligence logique, notre capacité à raisonner ; et la culture et le savoir, notre capacité à aller chercher l'information et à l'utiliser. Ces aptitudes peuvent être influencées par la société, nous évoquerons plus après le poids de l'éducation et du milieu professionnel sur elles.

Les goûts sont aussi très représentatifs d'un individu, ils vont être une source de motivation pour l'individu. En effet la satisfaction de nos besoins, par le moyen le plus agréable possible, va permettre à l'individu de s'épanouir et au-delà d'être plus à sa place dans l'équipe. Cette identité descriptive est beaucoup plus influençable par la société.

L'individu évoluera globalement en deux temps de construction, la construction familiale (l'éducation) et la construction professionnelle. Ces deux phases d'évolution vont durablement modifier l'identité.

Lorsqu'un individu arrive dans une équipe, l'éducation, première constitution de l'être est généralement aboutie et débute alors son développement professionnel.

b) *L'équipe, un groupe social*

À l'hôpital, les individus évoluent peu seuls, ils interagissent au sein d'une équipe.

Judge, Robbins et Tran (2015), dans leur ouvrage définissent un groupe comme « *une réunion d'au moins deux individus qui, de façon interactive et interdépendante, s'unissent en vue de réaliser des objectifs précis* ». Ils font le distinguo entre le *groupe formel* construit au sein d'une entreprise de manière officielle, légale et le *groupe informel* construit sur des alliances *sans structure officielle définie*.

Au sein du groupe formel, ils distinguent le groupe hiérarchique et le groupe de travail ; et au sein du groupe informel, ils distinguent le groupe d'intérêt et d'affinité.

Ces quatre groupes se retrouvent dans le concept d'équipe et il est important de comprendre les sous-groupes informels, car par leur caractère plus social, ils forment une réponse au besoin de contact sociaux des membres de l'équipe. Les négliger serait, dans une certaine mesure, négliger les besoins des individus composant le groupe équipe. Les comprendre pour les utiliser serait, au contraire, une force pour la mobilisation et l'atteinte de certains objectifs stratégiques de l'entreprise.

Selon une étude menée par Scharnitzky et Poisson en 2018, l'entreprise est le siège des nouvelles appétences identitaires. L'identité professionnelle ne peut résulter que d'un équilibre entre l'unicité propre à chacun et le partage qui ancre l'individu dans une sociabilité en entreprise.

L'individu est un être social, il interagit avec le groupe équipe, ce groupe va donc l'influencer selon ses caractéristiques et ses normes.

A l'hôpital, les équipes travaillent entourées de plusieurs professions, le médical et le paramédical sont imbriqués. Récemment, la notion d'équipe pluriprofessionnelle a remplacé le terme de pluridisciplinarité. Les époux Quilliou-Rioual définissent ce concept en ces termes : « *la pluridisciplinarité sous-tend plusieurs disciplines, donc des formations différentes, alors que l'approche pluriprofessionnelle fait appel au statut des personnes chefs ou subalternes qui travaillent ensemble, ce qui accroît la dimension du terme équipe* ». Selon eux, surtout en milieu de travail médico-social, c'est le modèle pluriprofessionnel qui doit prédominer car cela induit implicitement une implication des dirigeants qui sera bénéfique pour le management et l'apport du changement.

De plus, Haberey-Knuessi et al. (2013) évoquent la satisfaction des soignants à travailler en équipe. Pour eux, il est nécessaire pour le personnel hospitalier de travailler en équipe pour réduire la charge émotionnelle liée aux soins, à la souffrance d'autrui voire à la mort.

Le travail d'équipe permet à l'individu de s'épanouir dans son métier et au-delà dans la construction de son identité. Toutefois, lorsque la relation à l'équipe est défaillante, ou lorsque l'individu ne trouve pas sa place dans l'équipe, l'équipe peut s'avérer toxique. L'équipe est avant tout « *un construit humain dont chacun porte une part de responsabilité* ».

c) *La particularité des soins aigus*

Pour illustrer les relations entre les membres d'une équipe dans les soins aigus, nous avons choisi d'aller voir ce qui se fait dans les équipes de soins militaires aux États-Unis, les MIHT (Military Interprofessional Health care Teams).

Le choix de suivre les MIHT est motivé de plusieurs façons. Il nous est apparu intéressant d'étudier l'apport théorique des relations militaires qui sont hiérarchisées et traditionnellement plus rigoureux quant à leur place dans l'équipe. De plus, il est intéressant d'observer l'apport situationnel des équipes militaires qui doivent être opérationnels en temps de paix comme en temps de guerre ; et donc qui sont capables de transposer leur activité en situation de soins aigus. Et enfin la qualité de la recherche scientifique sur le sujet est appréciable.

Dans une étude récente (2021), les MIHT décrivent deux prérequis essentiels au bon fonctionnement d'une équipe de soins aigus à savoir, la collaboration dynamique et l'identification des rôles.

La collaboration dynamique sous-tend une excellente communication, elle nécessite une flexibilité de chaque membre de l'équipe ainsi qu'une sécurité émotionnelle. En effet, plus l'environnement de travail est stressant, plus l'équipe doit devenir un endroit refuge, le leader doit alors être à l'écoute des ressentis de ses collaborateurs.

L'identification des rôles sous-tend une connaissance des rôles de chacun, un respect mutuel et une reconnaissance de la fonction de chaque intervenant dans l'équipe. Une importance particulière est donnée au recrutement « *the good person at the good place* ».

Les chercheurs ont prouvé que, dans les MIHT remplissant ces deux prérequis, la qualité des soins était meilleure.

Ils ont décrit 6 compétences nécessaires pour travailler en équipe de soins aigus efficacement : l'adaptabilité, la camaraderie, le comportement éthique, la persévérance, la conscience de la situation et le leadership.

De même, ils ont construit 4 piliers de la communication en situation aiguë :

- La formation des équipes (maintien des compétences).

- La formation des leaders au leadership
- Le team building
- Un débriefing interdisciplinaire des équipes

Plusieurs éléments peuvent être transposés à une unité de soins aigus en Belgique. Mais il est clair que tout ne peut pas être utilisé dans l'état. Les militaires n'ont pas la même dynamique que les civils, les situations de crise vécues lors de périodes très actives en soins aigus n'ont rien à voir avec les temps de guerre. Les leaderships actuellement prônés en entreprises sont plus basés sur des modèles de concertation et moins sur des modèles paternalistes. Cependant l'identification claire des rôles, le respect de la chaîne hiérarchique et la nécessité d'une collaboration dynamique sont essentielles pour la bonne marche d'une équipe.

Les compétences de communication décrites dans les MIHT sont essentielles, le travail en multi site accentue l'inconfort du travail et donc l'impression d'évoluer en situation de crise. Alors, même si le travail en multi-site aigu est radicalement différent du travail sur le front, nous pouvons penser qu'il serait intéressant de transposer certaines dynamiques d'équipe des MIHT à notre situation.

Cet article est le parfait lien avec le chapitre suivant qui traitera des adaptations nécessaires lors du travail en équipe multi-site.

B. Interactions de l'entreprise avec l'identité, la particularité du multi-site

Dans un ouvrage dédié à la fusion hospitalière, C. Zolezzi répète qu' « *une fusion n'est pas la perte d'identité d'une communauté hospitalière, mais bien la construction, collective, d'une nouvelle identité portée par un projet fort* ».

Selon lui, l'individu ne doit pas craindre la perte de son identité professionnelle, mais au contraire, il doit plutôt y voir une opportunité de développer une identité préexistante en y apportant certaines caractéristiques du nouveau construit.

En 2019, deux chercheuses de l'université de Reims en France, ont étudié le partage d'employés à travers plusieurs entreprises de la région. Nous avons trouvé intéressant de se pencher sur cette étude, car les employés qui se sont retrouvés confrontés à ces pratiques managériales ont pu donner leur avis et leur vision de l'expérience a été confronté à l'avis de leurs managers.

Afin de comprendre les résultats de cette étude, nous allons contextualiser les événements. Dans le milieu des années 80, certaines entreprises ont décidé de mutualiser leurs compétences. Ces dernières ont mis à disposition les membres de leur équipe pour qu'ils aillent travailler hors de leur site de départ. En mutualisant leurs salariés, ces entreprises ont formé une gestion des ressources humaines propre ainsi que des moyens de communication spécialisés. La MAD (mise à disposition), constitue un groupement d'individus qui effectuent le même travail de site en site. Le but de leur étude, entre-autre, est de savoir s'ils y perdent leur identité.

Il ressort de l'étude qu'il est difficile pour l'employé qui travaille en multi site de créer un processus identitaire hors de son site principal car il ne dispose pas d'un collectif professionnel

stable. En effet, plusieurs employés de MAD peuvent travailler sur un projet un temps donné et repartir sur un autre projet avec d'autres employés. Pour pallier ce problème les PME et GE¹ ont elles-mêmes mis en place des groupements d'employés toujours les mêmes et qui travaillent ensemble avec leurs différentes compétences, créant ainsi une synergie. Ils ont ainsi identifié quatre profils de salariés afin de pouvoir les associer au mieux (les contraints, les incertains, les conquis et les sublimes).

Les chercheuses ont ensuite comparé les visions des employés et des dirigeants de MAD. Globalement, les répondants à l'étude étaient les conquis et les sublimes ces deux catégories ont fait état de beaucoup de points positifs sur leurs conditions de travail en multi-sites (développement des compétences, diversité des missions, augmentation de la capacité d'adaptation et évolution professionnelle), ils n'ont jamais évoqué une perte d'identité, au contraire leur motivation a semblée accrue par cette pratique.

Les dirigeants quant à eux évoquent certaines difficultés, une perte de temps lors des MAD pour leurs projets internes, le nécessaire rôle de médiation entre leurs équipes et les employés en MAD. Ils évoquent toutefois les bénéfices récoltés par cette pratique tels que la mutualisation des ressources et l'augmentation de productivité.

Il est cependant important de noter que dans le milieu hospitalier, le travail en multi-site s'effectue pour un seul et unique employeur. Les limites de cette étude ne s'appliquent donc pas à notre situation. Il aurait été cependant intéressant de sonder les contraints et les incertains afin d'objectiver leurs limites à la MAD.

En conclusion, les chercheuses insistent sur l'explication des conditions générales et des conventions de MAD. Il est important, selon elles, lorsqu'il s'agit d'un travail en multi-site de poser un cadre où les positions de chacun sont expliquées.

Nous en revenons encore au constat évoqué précédemment avec les MIHT, les deux points fondamentaux sont la connaissance des rôles de chacun et la communication.

II. Acheminement du message

À l'hôpital, la communication est partout, sa compétence est reprise dans chaque cadre de fonction et dans chaque évaluation du personnel ; du personnel hôtelier au personnel médical, du personnel administratif au personnel technique, c'est une composante majeure du bon fonctionnement de l'institution.

Dans notre problématique de passage de l'information, il est intéressant de décomposer la communication. Nous aborderons d'abord la théorisation de la communication, puis son intérêt

¹ Petites et Moyennes Entreprises et Grandes Entreprises.

dans une structure telle que l'hôpital et enfin nous aborderons les méthodes et moyens de communication utilisés.

A. Concept de la communication

1. Théories et circulation de l'information

La communication est *un flot d'information partagé entre deux individus ou groupe d'individu. Elle peut s'effectuer au sein de la sphère privée, professionnelle ou politique.*

Elle prend ses sources dans plusieurs théories dont ont découlé plusieurs modèles. Le socle commun de ces théories réside dans les nécessaires composants de la communication ; qui sont, le sens commun (les signes et symboles), le code et le langage et enfin la discussion (l'information et sa transmission).

Nous évoquerons trois théories fondatrices des différents modèles, qui aujourd'hui malgré l'époque de leur description restent d'actualité.

La *théorie mathématique* décrite dès 1948 est représentée par le modèle ERC (Émetteur - Récepteur – Canal). Ce modèle est décrit par Shannon et complété par Weaver (avec l'apport du bruit). Lohisse dans son ouvrage cite ces deux théoriciens « *un signal apporte d'autant plus d'information que sa probabilité d'apparition est faible* ». En d'autres termes, l'information est d'autant plus importante qu'elle est rare. En plus de leurs modèles, il apporte deux concepts : l'information est la base de toute communication et elle est quantifiable. Un dernier concept se dessine en filigrane, le pouvoir qui peut se retirer d'une information rare.

La notion de bruit, amené par Weaver et plus tard (1954) par Schramm et Osgood, touche la transmission de l'information. La transmission d'une information nécessite un codage et un décodage avant d'être relayée. Weaver estime que ces procédés ne sont pas neutres et qu'ils impliquent une modification de l'information. Il serait donc nécessaire de mesurer la quantité d'information au départ et à l'arrivée, afin d'assurer le bon fonctionnement du moyen de transmission car si ce moyen est défectueux, l'information est erronée.

La *théorie fonctionnaliste* ou théorie de la diffusion émerge avec la communication de masse via les médias pendant l'entre-deux guerres, elle prendra son essor avec les grandes propagandes de la seconde guerre mondiale et sera théorisée dans les années 1940. Lohisse en dresse le portrait dans son ouvrage. C'est un modèle ERC avec plusieurs récepteurs. Le média est le canal de l'information. La compréhension du message ne peut être contrôlée. Les médias sont assimilés à des régulateurs de la société. C'est un modèle dit en triangle.

Vers 1955, le modèle se précise via Katz et Lazarsfeld (cités par Lohisse), ils introduisent un tampon entre les multiples récepteurs et le canal, c'est le leader d'opinion. Ces leaders ont du

pouvoir, ils sont informés directement via le canal d'information et transmettent un contenu de l'information modifié ou non. C'est le « *two step flow* ».

En 1962 Rogers, puis en 1966 Troidahl, proposent un nouveau concept directement inspiré du précédent. Il sera appelé le *multi step flow*. Il se décline en trois paliers.

- Le *one step flow of communication* qui permet une interaction directe, la cible étant l'apprentissage.
- Le *two step flow* qui reprend le leader d'opinion, la cible étant de modifier les croyances et les comportements.
- Et enfin le *second step flow of communication* qui prend naissance dans les discussions secondaires dues au relai de l'information, cette étape peut se dérouler entre leader et / ou non leader.

La dernière théorie évoquée sera la *théorie psychologique de communication*, c'est une approche empirique basée sur l'étude des comportements. Elle est aussi appelée le *behaviorisme*. Elle apparaît dans les années 1950 et a pour chef de file C. Morris. Pour ce théoricien, la communication est un comportement qui vise à atteindre des buts. Pour cela l'individu utilise des signes qu'il nomme *comsign* et qui sont un préalable à toute discussion. Sa théorie prend en compte deux discours : celui du communicateur et du communicant. Pour que ces deux points de vue s'articulent, il distingue plusieurs types de discours : l'informatif, l'évaluatif, l'incitatif et le systémique.

C'est une forme de circulation de l'information circulaire dans un mode de collaboration qui prend différents points de vue en compte.

Aujourd'hui, encore, nous retrouvons ces 3 théories de circulation de l'information. Leurs contributions aux méthodes actuelles de communication est réelle. Le modèle linéaire de l'ERC se retrouve dans les notes de service, le modèle triangulaire de la théorie fonctionnaliste se retrouve dans les interactions via des médias (intranet, vidéo de formation...) ; quant à la théorie circulaire, le behaviorisme, elle se retrouve dans des situations de collaboration comme les réunions, les groupes de travail.

Le problème qui pourrait se poser est plutôt la quantité d'information à traiter, le flot continu d'information via des médias tels que les messageries professionnelles ou les groupes privés entre collègues sur des réseaux sociaux. L'information est une denrée stratégique, mais elle peut être toxique si elle n'est pas bien cadrée. Les services de communication ont fleuri dès les années 80 dans les hôpitaux pour soutenir les transformations économiques imposées par les réformes hospitalières successives (Tome, 1994) ; ces services de communication ont permis de modéliser des méthodes, et de professionnaliser la manière dont l'information était passée, tant pour l'information dans l'hôpital que pour la communication hors hôpital.

Ces services ont un intérêt, la pratique de la communication elle-même a un intérêt et ce à tous les échelons de la hiérarchie, c'est le point que nous allons aborder à présent.

2. Intérêts de la communication à l'hôpital

a) *Service de communication hospitalier*

Si nous reprenons la citation de Zolezzi sur la fusion, nous nous rendons compte qu'il faut faire la promotion du nouveau construit. Avec les fusions d'hôpitaux, la mise en commun des procédures, l'hyper spécialisation, le travail en multi discipline (...), un flot d'informations circule. Cette abondance de données va à l'encontre du modèle ERC, car trier dans l'abondance l'information importante, donc rare, n'est pas une sinécure. Il y a beaucoup de bruit autour de l'information. Le rôle du service de communication est de diminuer ce bruit.

A titre d'illustration, sur le site internet du Centre Hospitalier de Tivoli, à La Louvière, nous pouvons trouver une description de l'activité d'un service de communication hospitalier, la voici :

« *Le service de communication a pour missions :*

- *d'organiser la promotion des services et actions de l'hôpital auprès du grand public, des patients et des visiteurs, des membres du personnel et des médecins,*
- *de gérer la communication interne et diffuser l'information,*
- *de gérer les relations avec la presse et d'entretenir les relations publiques en vue de promouvoir l'image de l'hôpital »*

P. Medina (2018) estime que leur rôle est de trouver une marque à laquelle le patient et les employés puissent s'identifier. Il décrit la marque d'un hôpital comme étant « *un groupe de valeurs émotionnel et fonctionnel qui permet à l'institution d'atteindre ses objectifs* ».

Il évoque ainsi l'enjeu économique de la communication. Haberey-Knuessi et al. (2013) décrivent en plus de cet enjeu économique, l'enjeu social. Pour eux, cet enjeu est même capital. En effet, comme l'a démontré l'armée américaine avec l'analyse de ses MIHT, la communication est essentielle au bon fonctionnement d'une équipe, elle en est même le ciment. Mais cet enjeu social n'est pas l'unique responsabilité du service de communication interne, il est l'affaire de tous les leaders, les cadres hospitaliers...

b) *Les enjeux de la communication*

L'enjeu social de la communication est essentiel, il va permettre la création d'une identification du travailleur à son entreprise via la reconnaissance des personnes, de leurs fonctions mais aussi de leurs expertises. La communication peut amener si elle est bien menée à un meilleur engagement du salarié.

Haberey-Knuessi et al. (2013) insistent sur l'importance du débriefing pour diminuer la charge émotionnelle du travail en milieu hospitalier. Pour les auteurs, les temps de réunion et de transmission sont constamment rabaissés au profit de la productivité, ce qui est délétère pour le

soignant qui ne peut plus extérioriser ses émotions lors de ces moments entre collègues. Cette affirmation est appuyée par Beate, Sigrun et al. (2016), dans une étude sur la communication des cadres infirmiers en situation de stress : « *Co-workers are often described as important sources of social support due to their understanding of work-related stressors and situations in nursing practice* ». Ces derniers insistent aussi sur la communication de résolution de conflit qui effectuée d'une manière conforme donne du poids aux cadres.

Cimarolli, Bryant et al. (2021) mettent en avant une communication ouverte de la direction qui selon leur étude est liée à une performance optimale du personnel. Ils attirent cependant notre attention sur l'impact négatif d'un manque de formation permanente et/ ou de suivi des compétences chez les infirmiers. Leur étude a suivi des infirmiers de maison de repos qui ont dû faire face à une situation de crise lors de la prise en charge de malade atteint du COVID et aux risques qui ont mené à des démissions de masse. Leur étude n'a pas tenu compte de la satisfaction au travail, ni de la motivation, ce qui est à mon sens des facteurs assez essentiels à la décision de quitter son emploi.

Cézanne, Loufrani et al. (2019), attribuent à la communication des effets sur l'engagement du professionnel. Leur étude a été effectuée à partir de données récoltées en 2011 sur le secteur marchand non agricole. Bien qu'au niveau de notre problématique, nous nous situons dans le secteur du non-marchand, les nouvelles méthodes de management des hôpitaux ainsi que la concurrence rude pour proposer une offre de soins de qualité et compétitive nous amène à nous comporter comme une entreprise du secteur marchand sur bien des aspects, qui ne sont pas le sujet du mémoire. Aussi et nous trouvons intéressant d'utiliser cet article pour démontrer les enjeux d'une communication adéquate.

Selon les auteurs, il convient depuis peu de considérer l'engagement comme résultant de nouvelles méthodes d'encadrement et de management. Ce qui induit la pratique de la communication. Toujours selon eux, une bonne communication peut influencer la satisfaction au travail ainsi que l'adhésion aux objectifs de l'entreprise.

« *La communication intégratrice est un moyen de relier les membres de l'organisation pour former un groupe plus homogène participant à la même culture créer et diffuser dans l'organisation de manière formelle et informelle (...) la communication met l'emphase sur la création de liens* ».

Cette théorie rejoint les travaux de recherche de Beate, Sigrun et al. sur la diminution du stress via une communication adaptée les cadres infirmiers.

Cézanne, Loufrani et al. mettent toutefois l'accent sur les effets néfastes d'une communication non adéquate ; en effet, la communication aide à la création d'un sentiment d'appartenance, mais elle peut défaire ce sentiment si les besoins des salariés ne sont plus comblés par cette dernière.

Les résultats finaux de l'étude ont montré qu'une bonne communication avait un impact sur la satisfaction au travail, l'adhésion des objectifs de l'entreprise et l'engagement du salarié. Ils nuancent cependant le lien entre la diffusion de l'information et l'engagement, Leur étude ne démontre pas le lien de manière significative entre diffusion et engagement.

Ils plébiscitent les pratiques de communication intégratrice (dont la définition a été précédemment énoncée) ainsi qu'une plus grande participation des salariés à des groupes de travail. Selon eux, le dernier point est plus capital que la diffusion de l'information car les salariés, par leur position dans l'équipe, vont mieux promouvoir les projets qu'un organe externe à l'équipe, même si cet organe de communication se situe dans l'entreprise.

Ce dernier point est le lien parfait avec notre prochain chapitre qui traitera de la communication interne.

Avant de clôturer celui-ci, reprenons ce que nous avons appris des bénéfices de la communication. Elle possède deux enjeux l'enjeu social (diminution de la charge mentale, majoration du sentiment d'appartenance, augmentation de la satisfaction au travail et majoration de l'engagement), et l'enjeu économique (augmentation des performances au travail et atteinte des objectifs) ; elle nécessite un encadrement professionnel et une formation à tous les étages hiérarchiques, même auprès des cadres de terrain lorsque l'hôpital possède une structure de communication institutionnelle.

3. La communication interne

a) *Concept*

« *La principale arme des opposants de tout bord est la communication* ». Motulsky, 2013.

Dans ce chapitre, nous évoquerons la communication interne en revisitant les auteurs qui ont analysé le concept. Nous aborderons le principe et les bénéfices de la communication d'accessibilité en insistant sur les périodes de changement et nous ferons un aparté sur la situation de crise.

Motulsky (2013), dans un article abordant les médias et la communication des sociétés sur des grands projets, explique que lorsqu'un promoteur est hésitant à utiliser la communication, il laisse place aux rumeurs. Il estime que l'information ne doit pas passer par des canaux non vérifiables et pour cela il précise l'importance de la communication d'accessibilité. Cette accessibilité de l'information doit avant tout être une accessibilité sociale. Pour l'auteur, il ne doit pas y avoir d'obstacle entre les communicant et les récepteurs.

Savard, quant à lui, décrit le processus d'accessibilité sociale comme deux étapes clés ; la consultation formelle, qui vise à la tenue de réunion et qui par la concertation avec ses pairs ou ses collaborateurs va permettre à la communication d'être accessible à tous. Et la consolidation des résultats retenus lors de ces réunions formelles et obligatoires.

Libaert en 2013, évoque la communication d'accessibilité, il la décrit comme une communication sensible de gestion de crise. Il préconise l'utilisation de la culture plutôt que de la technique, il suggère l'adaptation de la réalité plutôt que l'effacement de la situation sensible. Il définit les principes de la communication d'accessibilité :

- L'anticipation, une réflexion effectuée le plus en amont possible.
- La concertation (« *l'avec* »), une communication de relation publique d'avantage qu'une communication institutionnelle.
- L'alliance, « *la parole la plus crédible n'est pas celle de l'organisation en cause* » donc il y a une nécessité d'avoir des relais d'opinions (des *two step flow of communication*).
- Les nuisances, qui consistent en une reconnaissance des impacts négatifs que l'organisation occasionne, c'est une marque de respect envers les parties prenantes et un paramètre de performance).
- Le ciblage, il faut toucher des cibles prioritaires et non l'opinion publique en général.
- L'occupation du terrain.
- La preuve, il existe des contestations au niveau du terrain, il faut leur opposer des raisonnements étayés et concrets.
- Le symbole.
- L'accessibilité du discours et la proximité.

La ville de Montréal a dû faire face à de grands projets dans les années 2000, certains n'ont pu voir le jour à cause d'une opposition forte des habitants qui n'avaient pas reçu les bonnes informations. La DDEU² a pris en compte cette problématique et a publié des critères d'accessibilité sociale de la communication en vue d'éviter de nouvelles mésaventures.

Ces critères sont :

- Le projet doit coïncider avec la vision et les politiques de développement de l'entreprise.
- Le projet doit reconnaître les contraintes du promoteur.
- Il doit intégrer les principales préoccupations exprimées dans la démarche de concertation afin de mieux répondre aux aspirations des bénéficiaires du projet.
- Il doit rallier une masse critique de parties prenantes et d'acteurs clés de l'entreprise.

Dans ces critères se profile une étape clé de la communication interne, la concertation. Déjà évoquée par Savard, la concertation est composée de 5 démarches : l'anticipation, la planification, l'information, l'interaction et le ralliement. Une fois ces étapes réunies il conseille de les soumettre à une consultation publique. Il note cependant qu'il est important de donner à chaque étape le temps de se dérouler.

Dans des projets d'envergure, il y a toujours des détracteurs plus ou moins puissants qui vont eux aussi communiquer. Les promoteurs du projet doivent alors établir le risque communicationnel. Cette étude de risque s'effectue dans l'analyse globale du projet, elle doit idéalement préexister avant toute mise en place du projet proprement dit. Au plus tôt ce risque

² DDEU : Direction du Développement Économique et Urbain de Montréal

est calculé au mieux le promoteur peu faire face à des imprévus liés au manque de communication. C'est là le rôle de la communication interne.

Ces auteurs s'entendent pour que la communication ait un sens. Celle-ci doit être effectuée dans un cadre et pour cela elle doit avoir des buts, afin de favoriser les échanges et donc l'accessibilité de l'information. Ces buts sont :

- Fixer de règles communes,
- Fixer des objectifs à atteindre,
- Créer d'un sentiment d'appartenance,
- Favoriser les remontées d'information,
- Renforcer le bien-être des salariés,
- Véhiculer les valeurs de la société,
- Favoriser le partage de compétences.

Ce chapitre est très intéressant dans la problématique qui nous sied car, comment faire passer un message si le paysage qui entoure les personnes qui vont recevoir ledit message n'est pas connu.

Dans notre cas, le paysage des soins aigu est mouvant, le paysage du multi-site n'est pas inconnu mais est inconfortable, car nécessitant une adaptation. Les études de ces auteurs sont donc intéressantes à prendre en compte pour comprendre les mécanismes par lesquels vont passer les collaborateurs à qui est destiné l'information. De plus c'est un parfait lien avec le sujet suivant qui fera la relation entre la communication et les situations de crise.

b) Aparté sur la communication en situation de crise

Selon Roux-Dufort (2003), « *une crise est une association d'accumulation des déséquilibres et d'ignorance managériale* ».

Reilly (1993) propose un schéma qui permet d'identifier une situation de crise. Si plus de 3 items sont positifs alors nous sommes dans une situation de crise. L'évènement étudié dans ce mémoire est le travail en multi-site :

- L'évènement est-il nocif et perturbateur ? Oui, il est vécu comme.
- Est-il de grande ampleur ? Oui.
- Est-il soudain et aigu, exige-t-il une réponse spécifique ? Non pas soudain, mais il exige une réponse spécifique.
- Est-il en dehors des cadres d'action typique ? Oui et non, la même fonction est exercée mais sur des sites autres.

Selon le schéma de Reilly le travail en multi-site est une crise.

La crise fonctionne avec un cycle d'installation en quatre étapes. La première étape est l'accumulation de dysfonctionnement et d'erreurs, la seconde l'ignorance du début de cette crise avec l'incapacité de détecter l'entrée dans la crise. La troisième est le jugement, l'attribution à une cause extérieure et enfin l'étape de la rupture la crise en tant que telle, à ce dernier niveau la crise est à son paroxysme.

Roux-Dufort explique au long de son ouvrage que la communication est un outil indispensable pour gérer une crise et que malheureusement, cet outil est souvent mal usité. Le principe de base de la communication de crise est de reconnaître le problème (à cet instant, nous sommes déjà dans la deuxième phase du cycle d'installation de crise). Ensuite il faut montrer que l'on prend en charge la crise, que les dirigeants prennent au sérieux la menace de cette crise. Dès lors il faut gérer le flux continu d'information et occuper le terrain médiatique, les différents courants d'information. Et enfin et surtout s'adresser à tous les interlocuteurs.

La communication est donc un outil essentiel, plusieurs moyens de communication vont ainsi pour être utilisés, mais quels sont-ils ?

B. Outils de communication

1. Les différents outils de communication

Il existe plusieurs outils de communication que l'on peut scinder en trois catégories, les outils digitaux, les outils imprimés et les autres.

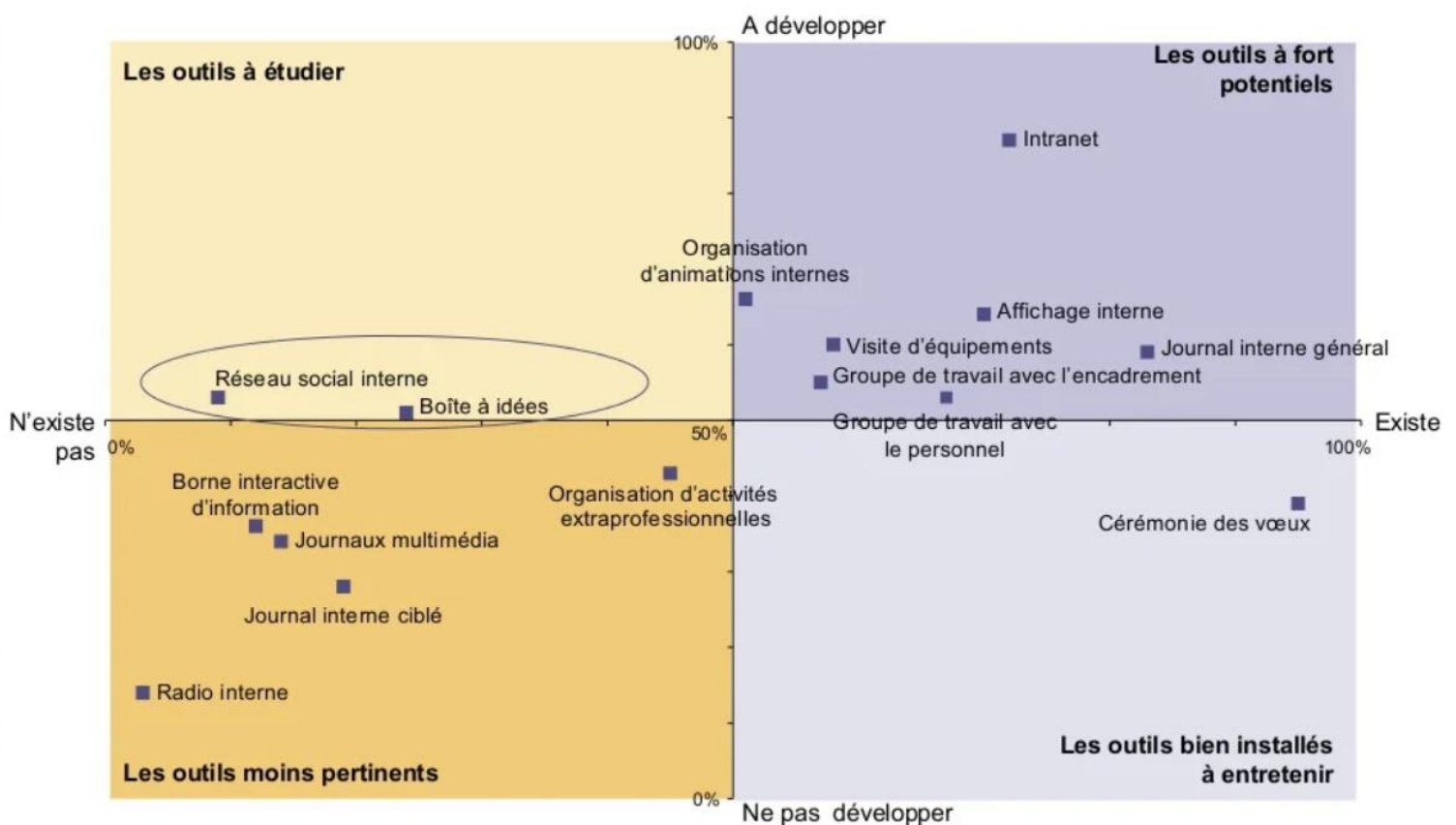
Les outils digitaux se généralisent, certains sont utilisés depuis des années comme les mails d'autres comme les applications de communication, les blogs internes, les calendriers partagés sont plus récents dans le monde hospitalier. Ils nécessitent un investissement financier et formatif. Ils ont pour avantage de permettre une communication à double sens.

Les outils imprimés sont plus classiques, il s'agit de notes de service, de compte-rendu de réunion, de journal d'entreprise, des livrets d'accueil des nouveaux engagés ou étudiants. Ils sont peu coûteux (sauf pour le journal d'entreprise) mais ils permettent une communication top down uniquement. Il n'y a pas de vérification de la compréhension de l'information et le message diffusé doit être limpide. Nous sommes sur un canal linéaire.

Les autres outils sont multiples et plus participatifs comme la boîte à idée, les entretiens individuels, les réunions d'équipe, les séminaires. Ils permettent une communication circulaire et collaborative, ce qui, nous l'avons lu plus avant, décrit l'enjeu social de la communication.

Un outil n'est pas meilleur qu'un autre, ils doivent être utilisés correctement et dans le bon contexte. En 2012, le cabinet Occurrence dans une étude de communication interne pour une collectivité française, a dévoilé un axe graphique pour placer les différents outils afin de permettre une évaluation de ceux-ci et de constater leur pertinence.

Toute communication suit un plan, sa diffusion doit se faire de manière différente selon la cible de communication au sein de l'entreprise. Libaert préconise de diffuser le plan intégral de communication à trois corps de métier ; les managers de plus haut niveau, les directeurs d'implantation et responsables métiers ainsi que les personnes en charge de la communication dans l'entreprise. Dans le même esprit il préconise l'envoi d'une synthèse à tous les niveaux de l'encadrement, ces derniers vont en effet mettre en pratique ce plan. Quant au reste de l'entreprise, il conseille de créer un évènement afin d'exposer au plus grand nombre une version épurée du plan de communication, cette version sera ensuite diffusée au plus grand nombre via un support numérique ou papier.



Occurrence pour CapCom - Etude Communication interne en collectivités - Présentation Forum de Montpellier

Si l'on étudie cet axe graphique³, Y. Froment, l'auteur, décrit les outils à fort potentiels. Dans le monde hospitalier force est de constater que la plupart voire tous les outils sont utilisés. Quant aux outils moins pertinents qui sont utilisés, ce sont ceux qui ont un score plus élevé dans la catégorie « ne pas développer ». En effet, avec la pandémie de 2020, les informations et formations interactives se sont développées. De même des activités extraprofessionnelles sont régulièrement organisées afin de créer des temps « team building » elles sont organisées par une cellule type bien-être dont la communication fait la promotion. L'axe graphique date des années 2010, avec la pandémie et le développement des réseaux sociaux, certains outils sont à notre sens mal classés. C'est le cas des deux outils précités mais aussi de la cérémonie de vœux

³ <https://fr.slideshare.net/capcom/gf2-communication-interne-un-mtier-des-agents-y-froment>

qui peut à présent être faite de manière distanciée et donc moins conviviale. De plus les réseaux sociaux interne sont difficilement attractifs alors que Facebook est un réseau social créé pour faire du lien.

Notre chapitre suivant traitera du cas particulier des réseaux sociaux dans la communication des hôpitaux.

2. Le cas particulier des réseaux sociaux

Dans une étude de 2018 sur la gestion de la communication des hôpitaux britanniques par les réseaux sociaux, Medina assure que le réseau social par excellence pour communiquer avec les patients est Facebook.

Selon lui, le service communication doit développer la marque de l'hôpital sur internet via ce média. Il a analysé le profil Facebook des 100 meilleurs hôpitaux du Royaume-Uni et a essayé de comprendre quels étaient le contenu de ces pages.

À travers son analyse, il a distingué trois types de modèles suivis par les hôpitaux. Le « *modèle monolithique* », la marque de l'hôpital est plus importante que celle des départements médicaux. Le « *modèle refrendo* », la marque de l'hôpital est moins importante que les départements médicaux qui sont mis en valeur point et le « *modèle mixte* » qui selon l'auteur est le plus pérenne (Buckley cité par Medina, 2007).

Dans la conclusion de son étude, Medina évoque la facilité de communication avec l'extérieur via le réseau social, tout en émettant un bémol envers le nécessaire respect du secret professionnel.

Cependant, à part diffuser une certaine marque de l'hôpital et de potentiellement créer un sentiment d'appartenance avec les salariés utilisateurs du réseau, les médias sociaux ont un coût de présence continue sur internet. De plus, l'accessibilité et le flux d'information peut être, comme précédemment évoqué, aliénant pour le travailleur.

En conclusion, stratégiquement pour la communication extérieure, l'outil des réseaux sociaux peut être utilisé mais il ne doit pas être le seul média dans la communication interne.

SECONDE PARTIE – PARTIE EMPIRIQUE

I. Description du lieu d'observation

A. Analyse du terrain d'observation

1. Présentation du lieu d'expérimentation

Le choix de notre terrain d'étude s'est naturellement porté sur le Grand Hôpital de Charleroi où je travaille depuis 9 ans. Pour appréhender ce choix, il est intéressant de comprendre l'historique de ce complexe hospitalier.

Le GHdC est issu de la fusion, en 2009, entre deux groupes hospitaliers de la région de Charleroi : les hôpitaux de Gilly et le CHNDRF (Centre Hospitalier Notre Dame et Reine Fabiola). Ces deux groupes avaient eux aussi au préalable fusionné respectivement en 1978 et en 1994. Les hôpitaux de Gilly se composaient d'un site à Loverval, l'IMTR ; d'un site à Montignies-sur-Sambre, Sainte Thérèse ; et d'un site à Gilly, Saint Joseph. Le CHNDRF était quant à lui composé d'un site à Charleroi, Notre Dame et un site à Montignies-sur-Sambre, Reine Fabiola.

Le GHdC est donc une fusion entre 5 hôpitaux, tant au niveau des effectifs que des locaux. Chaque hôpital amenant avec lui sa spécialisation et son expertise. A cela s'ajoute plusieurs centres de consultation externalisés et un centre psychothérapeutique pédiatrique de jour, le centre Charles-Albert Frère.

Depuis 2009, une politique de redistribution des activités s'opère dans le cadre de la fusion. Cela a débuté avec la mise en place d'une direction commune entre les 5 sites d'urgences. Courant 2012, les urgences du site Reine Fabiola ont fermé, entraînant un flux de personnel redistribué entre les urgences des trois sites encore en activité à ce jour, le même processus a été mis en place en janvier 2013 pour le site de Sainte Thérèse. Cette grande phase a redistribué le personnel dans les différents sites des urgences. En septembre 2013, une équipe mobile infirmière spécifique aux urgences et aux soins intensifs des trois sites a été créée, elle ne fonctionne actuellement plus car il n'y a plus d'effectif. En 2016, on assiste à une mise en commun des médecins, ils permutent de site en site. C'est en 2017, que les infirmiers débutent leurs permutations entre les trois sites. Cette permutation infirmière permet le remplacement de personnel malade, quand le besoin s'en fait ressentir, il n'est pas prévu de période stable, ni de rotation à effectuer de site en site. Le personnel administratif effectue aussi des rotations entre les trois sites d'urgences.

Comme on peut l'observer, dans un premier temps la fusion au sein des urgences s'est surtout opérée sur un plan humain. Depuis l'arrivée d'un directeur des urgences en 2016, elle se déroule sur un plan plus opérationnel. Une politique de mise en commun des pratiques via un projet de service a vu le jour. Plusieurs tentatives d'uniformisation des pratiques avaient déjà vu le jour, mais des différences persistaient à plusieurs niveaux, le matériel, les pratiques ou même les horaires. Actuellement une refonte des pratiques, une uniformisation des protocoles et une mise en commun des expériences sont en cours, afin de créer un service des urgences unique qui

utilise les mêmes méthodes de travail et protocoles tout en s'accommodant des différences architecturales qui génèrent des adaptations propres à chaque site.

Les valeurs des urgences ne diffèrent pas beaucoup de celles du GHdC (courage, responsabilité, humanisme, discernement et loyauté). Cependant fin de l'année 2017, un concours de devise a été organisé par la direction des urgences afin que le service entier se regroupe autour d'une devise. Chaque travailleur a pu proposer 3 idées. C'est une infirmière qui a gagné le concours avec la devise : « *Notre urgence, c'est votre santé* ».

Malgré la mise en commun de toutes les ressources, les différents sites d'urgences ont chacun leurs spécialités, elles sont d'ailleurs reprises sur le site internet du GHdC et sur la brochure des urgences, pour orienter les patients vers le site approprié selon leurs symptômes. Le site de l'IMTR regroupe les urgences relatives aux grands-brûlés, à l'orthopédie et l'orthopédie gériatrique ainsi qu'aux soins palliatifs. Le site de Notre Dame regroupe quant à lui les urgences gynécologiques, obstétricales et pédiatriques, ainsi qu'un pôle psychiatrique, les urgences chirurgicales et orthopédiques, l'oncologie, la neurologie et la neurochirurgie. Et pour finir, le site de Saint Joseph regroupe toutes les urgences médicales ainsi que celles relatives à la chirurgie et au domaine cardio vasculaire.

2. Acteurs et analyse stratégique interne

Une analyse stratégique a été réalisée. Elle est surtout basée sur une analyse interne reprenant les facteurs humains.

a) La patientèle

Grâce à leurs positions géographiques, les urgences du GHdC peuvent drainer des patients du bassin de Charleroi, du sud de la province de Namur, mais aussi de la région de Philippeville. Elles offrent une gamme de soins complète avec toutes les spécialités possibles, balayant tous les âges de la vie et tous les systèmes physiologiques ainsi que les disciplines se rapportant au corps humain (médecine, chirurgie...) La patientèle du GHdC a une prédisposition catholique, mais en lien avec l'histoire de la ville et de la région, elle accueille, sans distinction aucune, toutes les confessions religieuses qui peuvent coexister dans la région et leur propose des prises en charge personnalisées en particulier en matière de deuil. Une équipe d'interprètes se tient prête pour aider à la communication des patients non francophones.

Sur un plan socio démographique, le GHdC est situé sur un ancien bassin minier d'un peu moins de 400 000 habitants (2021). La région est donc composée de beaucoup d'anciens ouvriers du secteur secondaire. En 2021, le taux de chômage dans la région est de 17,9% (contre 12,6% en Wallonie).

L'essentiel de la population est situé dans la tranche d'âge des 18-64 ans (61%), s'en suit les moins de 18 ans (21%) et enfin les plus de 64 ans (16%).

Charleroi possède une population multiculturelle consécutive aux multiples vagues d'immigration qui ont construit son identité (14,5% d'étrangers). Le revenu médian à Charleroi

est de 21 417€ par an (contre 23 942€ pour la Wallonie) (2021), ce qui la classe dans le top 10 des communes au revenu médian le plus faible.

b) Les ressources humaines

Le personnel des urgences se compose de plusieurs corps de métiers qui travaillent en interaction les uns, les autres.

Le pool le plus important en termes d'ETP est le pool infirmier (70 ETP répartis en 90 employés) il se compose d'infirmiers spécialisés porteur du titre SISU, pédiatrie et psychiatrie, ainsi que d'infirmiers qui ne sont pas porteur de titre. Les aides-soignantes, aides-logistiques et les aides administratives sont eux aussi repris dans ce pool.

Le pool médical se compose de 38 médecins divisés en 3 groupes : le groupe 1 : composé de SMA SMU, TPPSSU et BMA et un groupe 2 et 3 composés de BMA, de généralistes et de vacataires et des médecins qui ne font que du SMUR. Ces trois groupes forment un ensemble de 38 médecins plus ou moins fixes. A cela s'ajoute 12 médecins assistants : 6 assistants SMU et 6 assistants de médecine générale et d'anesthésie. Depuis 2016, l'accord signé avec la faculté de médecine de l'UCL a augmenté le nombre de médecins assistants en stage aux urgences ainsi que le nombre de stagiaires médecins.

Un pool administratif de 19,8 ETP répartis en 32 employés administratifs est aussi présent aux urgences, il est important et se compose de secrétaires qui ont différentes tâches administratives et d'accueil.

Un ambulancier est aussi rattaché aux urgences, c'est le conducteur du SMUR, il compte dans le pool infirmier du site de ND.

Du personnel de la radiologie est détaché aux urgences afin d'assurer une permanence radiologique permanente. Sur les sites de Saint Joseph et Notre Dame, ce personnel est sur place, dans sa salle de radiologie des urgences.

Il est à noter la présence d'ambulanciers de deux services d'ambulance. Les plus présents sont ceux de SAPG qui sont 4 par 24h afin d'assurer le service du PIT, et 2 par 24h pour assurer le rôle de chauffeur SMUR. De plus, le service d'ambulance Eurosamu est souvent présent pour les transferts inter-hospitaliers.

Le service des urgences dispose de relations particulières avec d'autres services dont la psychiatrie, une liaison psychiatrique est disponible sur le site de ND tous les jours ouvrables ; la gériatrie, une liaison gériatrique est disponible les jours ouvrables sur les 3 sites ; le service social, trois assistantes sociales passent sur les 3 sites tous les matins de semaine et une garde sociale est organisée le week-end.

Depuis 2017, l'activité des urgences est regroupée au sein du pôle d'appui clinique aigu qui regroupe outre les urgences, les soins intensifs, le bloc opératoire, l'algologie et le projet Gift

(don d'organe). Ce qui permet à travers le chef de pôle de maintenir un lien entre ces différents services qui sont en constante interaction avec les urgences.

3. Projet de service – Mieux Ensemble

Le projet Mieux Ensemble (ME) est un projet qui a vu le jour avec la mise en place du projet de service en 2017. Il a été créé dans le but de faire le lien entre les trois sites d'urgence afin de les préparer au mieux à l'arrivée dans le nouvel hôpital en 2024.

ME regroupe un ensemble de sous-projets qui touchent à l'activité du service, ces groupes de travail ont pour objectif commun l'amélioration de la gestion du flux, des relations interpersonnelles et des processus. Pour cela ME dispose d'une équipe opérationnelle de terrain regroupant les différents corps de métiers des urgences qui travaillent ensemble à créer le service de demain.

De par sa vocation qualitative, le projet ME a été associé à l'accréditation canadienne à laquelle le GHdC a souscrit en 2019. Le projet ME collabore depuis avec l'ACI et a réadapté ses missions en fonction des besoins du service. Cette adaptabilité permanente aux besoins du service et la nécessité de communiquer les résultats des différents groupes projets, font que la communication est très importante pour ME. Une méthode de suivi de projet a été choisie, à travers cette méthode, les cibles et les méthodes de communication sont adaptées ; l'outil utilisé pour monitorer le projet est l'outil ICAP.

Avant d'expliquer plus en détail cette méthode de suivi de projet, nous allons faire un état des lieux de la communication aux urgences du GHdC.

B. État des lieux de la communication aux urgences du GHdC

1. Utilisation des concepts théoriques évoqués en première partie

Dans la partie conceptuelle nous avons abordés plusieurs méthodes de communication institutionnelle, nous avons décrit leurs bénéfices et leurs risques. Certaines modélisations se retrouvent transposables pour le GHdC, et nous avons trouvé intéressant de les utiliser pour objectiver la situation communicationnelle du GHdC.

a) *Énumération des moyens de communication aux urgences selon la méthode de l'axe graphique.*

Reprenons ensemble l'axe graphique proposé par Y. Froment concernant les outils de communication et visualisons s'ils sont utilisés au GHdC. L'auteur les a classés en quatre catégories que nous allons présenter sous forme de tableau.

<p><u>Outils à étudier :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réseaux sociaux : ▪ Boite à idées : 	<p><u>Outils à fort potentiel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intranet ▪ Organisation d'animation interne ▪ Visite du service par les cadres ▪ Groupe de travail avec la direction ▪ Groupe de travail avec le personnel ▪ Journal interne général ▪ Affichage interne
<p><u>Outil bien installé à entretenir :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cérémonie de vœux 	<p><u>Outils moins pertinents :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Borne interactive ▪ Journaux multimédias ▪ Journaux internes ciblés ▪ Radio interne ▪ Organisation d'activités extra professionnelles.

Nous sommes allés présenter ces quatre catégories à la cheffe de la communication institutionnelle, Marie Ludwigs, afin d'avoir son avis sur la catégorisation de l'auteur.

Au cours de cet entretien, elle a apporté plusieurs précisions quant aux outils utilisés au GHdC. Elle a évoqué avec nous les divers défis de la communication en multi-site et les pistes de solutions qui étaient en place, ainsi que celles à venir, pour relever ce défi du multi-site et la naissance d'un nouvel hôpital.

Voici, un tableau reprenant les modifications et les précisions qu'elle a apporté au tableau retrouvé dans la littérature.

Les modifications qu'elle a apportées sont colorisés en vert.

<p><u>Outils à étudier :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Boite à idées (n'est pas à utiliser dans un format papier mais plus dans un format digital, via des enquêtes). 	<p><u>Outils à fort potentiel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation d'animations internes (semaine qualité, journée infirmière)
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de travail avec le personnel (mis en place avec ACI et aux urgences Mieux Ensemble) ▪ Journaux internes ciblés (il en existe un en réanimation au JA4) ▪ Télévision interne à destination des patients (avec une chaîne GHdC disponible dans les chambres des patients).
<p><u>Outil bien installé à entretenir / à renforcer / à faire évoluer :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cérémonie de vœux, cet exercice est rendu malaisé par le multi-site, selon Mme Ludwigs, il reprendra toute attractivité dans le nouvel hôpital. ▪ Réseaux sociaux (présence de plusieurs groupes : Facebook institutionnel et Facebook pour le personnel, pour les retraités...) ▪ Intranet ▪ Organisation d'activités extra professionnelles. ▪ Journal institutionnel (le Génome) ▪ Affichage interne en format papier et digital, une mutation est en train d'être réalisée vers le digital. ▪ Visite du service par les cadres et/ ou la hiérarchie (ex : visites régulières des hygiénistes) 	<p><u>Outils moins pertinents :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Borne interactive ▪ Journaux multimédias ▪ Radio interne ▪ Groupe de travail avec la direction

b) Analyse de la page Facebook de l'institution selon P. Medina

Cette analyse de la page Facebook du GHdC est pertinente même si elle n'est pas spécifique aux urgences. En effet, les urgences n'ont pas de service et/ou organe dédié à la communication ; il est donc intéressant de constater l'état de la communication sur les réseaux de l'institution.

Pour ce constat nous avons choisi d'utiliser la méthode et les indicateurs de P. Medina. En effet comme décrit précédemment dans la partie théorique, il a analysé le profil Facebook des 100 meilleurs hôpitaux du Royaume Unis pour en déduire si ces hôpitaux utilisaient les réseaux sociaux pour se promouvoir.

Indicateurs	Présence
<i>Description de l'hôpital</i>	Oui
<i>Lien vers d'autres pages corporatives</i>	Oui
<i>Énumération des valeurs corporatives</i>	Non
<i>Description de la mission.</i>	Non
<i>Description de la vision.</i>	Non
<i>Explication de l'histoire de l'hôpital.</i>	Non
<i>Liste des prix reçus par l'hôpital.</i>	Non
<i>Présence du logo en image principale.</i>	Oui
<i>Description des évènements corporatifs.</i>	Oui
<i>Existence de vidéo où les protagonistes sont des professionnels de santé qui travaillent à l'hôpital.</i>	Oui

Si l'on reprend les tables 2 et 3 de l'étude, et que l'on y insère le GHdC. L'hôpital ferait partie des 50% d'hôpitaux qui possèdent au moins 5 indicateurs étudiés, il est intéressant de noter que ces 5 indicateurs sont les 5 les plus répertoriés.

Les conclusions de l'étude ne permettent pas de juger la qualité de la communication mais bien la présence sur les réseaux sociaux. Il ne fait aucun lien avec la présence sur les réseaux et la qualité de la communication.

Nous pouvons en déduire que le GHdC, utilise les réseaux sociaux, comme 50% des hôpitaux britanniques, à des fins promotionnelles mais qu'il utilise aussi et surtout son site internet pour promouvoir sa marque.

c) Utilisation de la méthode ICAP, pour le suivi du projet Mieux Ensemble

Il y a six mois, le groupe ME a changé de chef de projet. La nouvelle cheffe de projet a amené une technique de pilotage de projet, l'ICAP. En effet, à son arrivée à la tête de ME, les urgences des trois sites étaient en phase de sortie de crise COVID et le projet avait besoin d'un nouvel élan.

Avant d'objectiver les résultats obtenus avec cette méthode, contextualisons ensemble ce qu'est cette méthode :

Le modèle ICAP permet de mesurer la réalisation de certains objectifs en calculant 4 taux : le taux d'Information, le taux de Compréhension, le taux d'Adhésion et le taux de Participation. Ces taux vont avoir un effet de baromètre du changement et grâce à eux, le gestionnaire pourra adapter sa stratégie de communication en fonction du taux le moins satisfaisant.

Depuis son implémentation, le baromètre a été utilisé deux fois ; une première fois pour vérifier que le projet ME était connu (ses buts, ses projets en cours et déjà implémentés), et une seconde fois pour adapter la communication.

La seconde mesure a permis, par exemple, de constater que les médecins n'adhéraient pas au format de communication des infirmières. Il a aussi permis d'ajuster la communication site par site des projets.

Cette méthode, très simple d'utilisation et répétitive permet de suivre un projet, d'étudier le passage du message pour adapter sa communication. Elle ne permet cependant pas d'améliorer la qualité du message et in fine sa compréhension. L'identification du problème de compréhension est cependant très appréciable.

2. Analyse de 2018 à 2022

En 2018, une récolte des données a été effectuée concernant la communication et le ressenti de celle-ci par le personnel de terrain. L'étude a été menée sur 50 membres du personnel, toutes professions confondues.

Il en ressort que 86% d'entre eux trouvent la communication des urgences du GHdC défailante ou moyenne (respectivement 42% et 44%).

Lorsque l'on prend les statistiques site par site, les modes de communication de Notre Dame et de l'IMTR sont plébiscités avec des différences majeures quant à l'outil de communication utilisé. De manière générale, le personnel plébiscite la communication écrite via les mails H+ et la communication orale via des réunions. Cependant, ils appuient sur la nécessité d'avoir un retour de ces réunions (62% des personnes sondées veulent un retour écrit de ces réunions).

Depuis 2018, les méthodes de communications ont changé. L'encadrement médico-infirmier aussi. Chaque site a désormais un binôme de responsable de site un médecin chef de site et un infirmier chef d'unité. De plus, un binôme de chef d'unité a été créé avec un médecin chef et une infirmière en cheffe des urgences.

La hiérarchisation de la chaîne de direction des urgences a obligé à une refonte des moyens de communication, de même la pandémie de 2020 et l'accréditation canadienne ont obligé à une mutation des méthodes de communication. Désormais, les informations officielles doivent obligatoirement transiter par les boîtes électroniques institutionnelles. Chaque employé s'est vu attribuer une adresse électronique professionnelle. L'implémentation en 2021 d'un nouveau

programme de soins a rendu inactif le logiciel H+ que les ICUS utilisaient pour communiquer avec leurs infirmiers, ce qui a accéléré le processus de mutation vers le mailing professionnel.

La page intranet des urgences a été repensée et améliorée avec l'obligation pour le personnel des urgences d'y transiter pour obtenir les horaires médicaux mis à jour quotidiennement.

Un nouveau logiciel est, depuis la pandémie et l'accréditation, entré dans le paysage institutionnel. Il s'agit d'un outil de gestion documentaire regroupant tout un ensemble de procédures institutionnelles. Ce logiciel, Confluence, est utilisé comme un outil de travail et de partage de procédures. Pour y avoir accès, le collaborateur doit transiter par Intranet et s'identifier de nouveau. L'objectif final de ce programme n'a pas encore été communiqué.

Toutes ces avancées en matière de communication ont rendu le premier état des lieux de 2018 obsolète. L'objectif de ce mémoire est d'observer le passage d'information dans une unité multi-site, une nouvelle récolte de données va permettre d'effectuer un nouveau cadastre des méthodes de communication. Ce cadastre effectué auprès des récepteurs de l'information sera couplé à un recueil de données sur la communication des chefs ou du personnel ayant un rôle de communicant.

II. Présentation de la méthode

Après évaluation de la communication multi-site et la comparaison des points de vue des émetteurs et des récepteurs de l'information, nous objectiverons à l'aide de la littérature, comment certains standards de communication sont déjà appliqués ou pourrait s'appliquer aux urgences du GHdC. Nous essaierons de mettre en exergue des facteurs pouvant être favorisants ou délétères face au passage de l'information dans une unité multi-site.

Le lieu d'expérimentation ayant déjà été détaillé dans l'analyse du terrain d'expérimentation, nous ne le rappellerons pas dans ce chapitre. Nous tenons cependant à insister quant à la spécificité multi-site du terrain d'étude, ce qui fait d'ailleurs la spécificité de ce mémoire.

A. Sélection du public cible

Le public de l'étude se divise en deux groupes distincts.

Le premier groupe sondé est le plus important en termes de nombre, il se compose de 138 membres répartis comme suit : 25 membres du personnel administratif, 28 médecins et 85 infirmiers ; ces derniers incluant les paramédicaux et un ambulancier. Ce sont les récepteurs de l'information, nous les appellerons le groupe récepteur, groupe R.

Le second groupe est le groupe des émetteurs de l'information. Il est composé de la partie opérationnelle des membres du comité de gestion des urgences (le CoGe, description dans la

carte d'identité en annexe), des différents relais médico-infirmiers ainsi que des groupes projets (qui doivent régulièrement communiquer aux équipes les nouveautés mises en place). Ce groupe comprend 25 personnes, nous l'appellerons le groupe émetteur, groupe E.

Nous avons décidé d'inclure le groupe E dans le groupe R, car chaque membre de l'équipe est un jour récepteur de l'information.

De plus, afin de permettre à cette étude d'être cohérente, nous avons dû mettre en place certains critères d'exclusion pour le groupe R, ce sont les suivants :

- Les assistants, les stagiaires médecins et infirmiers n'ont pas été retenus, le caractère transitoire de leur passage aux urgences aurait induit un biais dans l'étude.
- Un médecin du « groupe 1 » travaillant depuis moins de 2 mois n'a pas été retenu.
- Les ambulanciers qui travaillent au sein du service, mais qui sont rémunérés par une société privée ont été exclus (une vingtaine de membres). Ils n'ont pas accès aux moyens de communication institutionnels.
- Les médecins dépendants d'autres services que les urgences du GHdC ont été exclus (3 médecins).
- Les médecins vacataires ne travaillant que le week-end ou ceux qui ne font que du SMUR ont été exclus (4 médecins).
- Les infirmiers et personnel administratif en maladie longue durée ou en écartement (>2 mois) ont été exclus.

Après mise en place de ces critères d'exclusion, nous arrivons à un nombre de sondés de 138 personnes pour le groupe R.

B. Élaboration des questionnaires

Afin d'élaborer le questionnaire du groupe R, nous nous sommes reportés au questionnaire qui avait été élaboré en 2018, pour effectuer un état des lieux de la communication aux urgences. Il a été actualisé, certains médias de communication ayant disparu ou s'étant ajoutés. Nous avons amené une question sur la communication en situation de crise et sur l'utilisation des médias informatiques institutionnels. La pandémie du COVID-19 a été cette situation de crise, qui a nécessité de la part de l'institution et du service, une adaptation de la communication.

Pour le questionnaire du groupe E, nous nous sommes basés sur plusieurs exemples de questionnaires qui investiguaient la communication interne des entreprises dont celui de Fisherman (2018), mais aussi sur le questionnaire du groupe R afin d'avoir les mêmes questions et de comparer les réponses.

III. Analyse des résultats

A. Collecte des données

Les questionnaires ont été délivrés sous différentes formes. Le questionnaire du groupe R a été édité en format papier et distribué à l'ensemble des collaborateurs des urgences, soit via l'ICUS, soit de main en main en passant de site en site. Une urne de récolte a été placée sur les trois sites d'urgences à des endroits stratégiques de passage.

Les urnes sont restées en place sur une période s'étalant du 24/03 au 08/04, et ont été prélevés régulièrement, afin de stimuler la complétion de ceux qui ne l'avait pas encore fait.

Le taux de complétion du questionnaire du groupe R est de 75,4 % avec un nombre de sondés de 104 sur 138 participants.

Le questionnaire du groupe E a quant à lui été envoyé en format électronique, via un lien envoyé par mail. Cette méthode a permis au questionnaire d'être disponible plus longtemps ; la période de disponibilité du lien s'étalant du 28/03 au 14/04. Chaque membre du groupe a été contacté par mail et s'est vu rappelé oralement de compléter le lien.

Le taux de complétion du questionnaire du groupe E est de 76 % avec un nombre de sondés de 19 sur 25 participants.

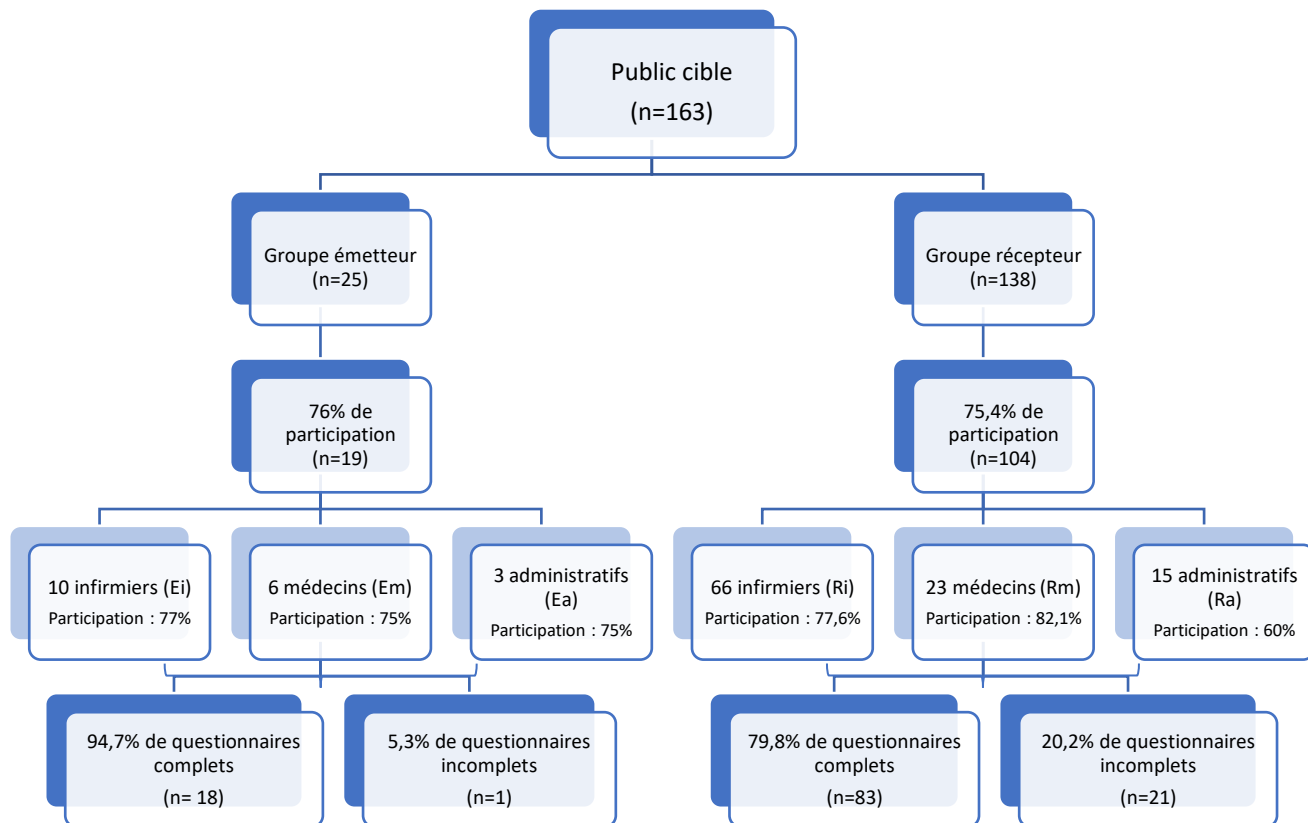
Pour l'analyse des questionnaires, et après la récolte de données nous avons procédé de deux manières. Pour le groupe R, nous avons récolté les questionnaires sous forme manuscrites et avons encodé sur un fichier Microsoft® Office Excel notre première base de données. Pour le groupe E, le format électronique du questionnaire, nous a permis d'extraire immédiatement les données sur un fichier Microsoft® Office Excel, et de gagner un temps précieux quant à l'encodage de la seconde base de données. Nous avons ensuite déduit de ces données, des statistiques descriptives concernant les deux groupes. Ce sont ces dernières que nous utiliserons dans notre présentation des résultats.

B. Résultats

À travers cette enquête de terrain, nous cherchions à objectiver les facteurs qui impactent favorablement et défavorablement, le passage de l'information dans l'unité multi-site des urgences du Grand Hôpital de Charleroi.

L'enquête actuelle, a la particularité d'avoir eu deux groupes de sondés. Nous vous proposons d'observer notre échantillon grâce au diagramme de répartition des sondés qui suit.

Figure 1 – Prisma Flow Chart concernant la récolte des questionnaires des *groupes R et E*, ainsi que le *taux de participation* par groupe et par fonction.

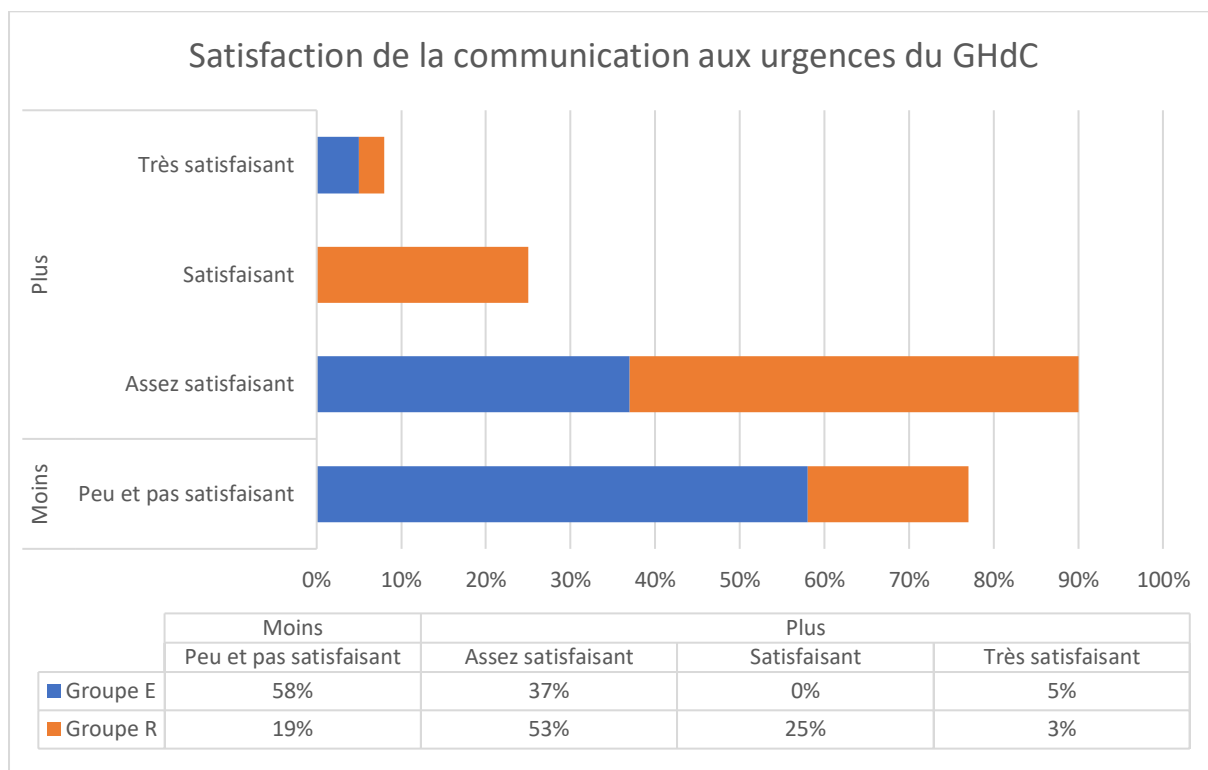


Nous étudierons tout d’abord les données de communication générale, avec le ressenti des différents groupes quant à cette dernière, puis nous investiguerons plus en profondeur les moyens de communication avec un focus sur deux moyens de communication écrite et deux moyens de communication orale.

1. Le ressenti de la communication dans le service

Au niveau de ces graphiques, il est intéressant d’observer que c’est le groupe E qui juge plus durement la qualité de la communication. En effet, le groupe R est plutôt positif quant à la qualité de la communication aux urgences, ils le sont moins sur la qualité de la communication institutionnelle.

Figure 2 – Graphique représentant la satisfaction de la communication des groupes R et E.



Cependant, on observe une modification de la perception de cette dernière dans le groupe R. En effet, 59% des sondés estiment que la qualité de la communication a diminué depuis leur arrivée dans le service (29% trouvent qu'elle a été améliorée et 12% ne se prononce pas). Il est intéressant de noter que ces résultats ne sont pas corroborés avec l'étude que nous avons pris comme référence, qui est l'étude effectuée en 2018 où 44% des sondés (n=50) estiment la communication assez satisfaisante.

Il est à noter que les membres du groupe R, ont fait une distinction entre la communication des urgences et celle du GHdC, les deux sont dissemblables. En effet, ils sont plus insatisfaits de la communication institutionnelle que de celle de leur propre service. Nous obtenons 31% d'insatisfait de la communication institutionnelle contre 19% d'insatisfait de la communication des urgences.

2. Les moyens de communication

Nous avons interrogé les participants à l'étude sur les moyens de communication utilisés et ceux qu'ils plébiscitaient en vue d'une amélioration.

Pour chaque groupe sondé, deux tableaux sont représentés, un tableau reprenant les moyens utilisés et un tableau reprenant les moyens plébiscités.

Tableau 1 – Relation entre les moyens de communication utilisés et les moyens plébiscités dans le groupe R

Groupe R (N=104)				
Moyen de communication*	Moyens utilisés		Moyens plébiscités	
	<i>Nombre absolu**</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Nombre absolu**</i>	<i>Pourcentage</i>
Communication écrite via la boîte mail professionnelle	84	80,77%	61	58,65%
Communication écrite via les panneaux d'affichage	0	0%	28	26,92%
Confluence	48	46,15%	0	0%
Conversation avec les collègues	85	81,73%	32	30,77%
Conversation orale avec le chef	65	62,50%	59	56,73%
Intranet	78	75%	0	0%
Autres	6	5,77%	0	0%

(*) Pour les moyens de communication utilisés par le groupe R, nous avons dû compiler deux questions du questionnaire. Nous nous sommes rendus compte lors de la lecture des données que deux items correspondaient à cette catégorie.

(**) Dans la colonne « nombre absolu », nous pouvons observer des valeurs nulles. Elles le sont car elles n'apparaissent pas telles quelles dans le questionnaire. Pour éviter les biais nous les avons noté comme nulle, et avons pris le parti de les retranscrire malgré leur valeur.

Dans ce tableau, nous pouvons remarquer les moyens utilisés et plébiscités qui sont la communication écrite par mail et la communication orale avec le chef. Ce sont ces deux moyens qui possèdent le moins de points de différence, entre l'utilisation et la suggestions de moyens de communication.

Nous remarquons aussi que certains moyens de communication sont utilisés mais pas plébiscités, ce sont les moyens de communication écrite sur un support de communication institutionnel. Il est à noter que ces moyens n'ont pas été cités nommément dans le questionnaire des moyens plébiscités, mais ils auraient toutefois pu être ajoutés à la main dans la catégorie autres.

Tableau 2 – Relation entre les moyens de communication utilisés et les moyens plébiscités dans le groupe E

Groupe E (N=19)				
Moyen de communication	Moyens utilisés		Moyens plébiscités	
	<i>Nombre absolu**</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Nombre absolu**</i>	<i>Pourcentage</i>
Combinaisons de tous les moyens	0	0%	4	21,05%
Communication écrite via la boîte mail professionnelle	17	89,47%	12	63,16%
Communication écrite via les panneaux d'affichage	8	42,11%	0	0%
Confluence	2	10,53%	8	42,11%
Conversation avec les collègues	7	36,84%	0	0%
Entretiens individuels	2	10,53%	0	0%
Intranet	6	31,58%	8	42,11%
Messagerie instantanée	2	10,53%	0	0%
Mini vidéo de présentation	0	0%	5	26,32%
Passage dans le service	1	5,26%	0	0%
Réunions	4	21,05%	15	78,95%

(**) Dans la colonne « nombre absolu », nous pouvons observer des valeurs nulles. Elles le sont car elle n'apparaissent pas dans les deux moyens comparés, mais seulement dans un des deux. Pour éviter les biais nous les avons noté comme nulle, et avons pris le parti de les retranscrire malgré leur valeur.

Dans ce tableau, nous pouvons remarquer que deux moyens sont utilisés et plébiscités, il s'agit de la communication écrite par mail et la communication écrite sur un média institutionnel électronique.

Il est intéressant de noter que la communication orale par réunion est plébiscitée mais peu utilisée. De même la communication orale entre collègue est utilisée et non plébiscitée. De plus, les entretiens individuels sont très peu utilisés et pas du tout plébiscités.

Il est intéressant de préciser que pour les moyens utilisés, aucune suggestion n'a été effectuée, les membres du groupe E, ont choisi librement leurs médias de communication (d'où l'absence d'une catégorie autre).

Nous pouvons donc déterminer à l'aide de ces données, que les membres du groupe E privilégient une communication écrite, à travers deux médias favoris que sont le mail et intranet. Alors que les membres du groupe R privilégient deux types de communication, orale avec leurs chefs et écrite par mail.

a) *La communication orale*

Penchons-nous sur la communication orale, les réunions et les entretiens personnels ont été mentionnés par les deux groupes. Nous avons donc décidé de nous intéresser plus en profondeur à ces moyens de communication.

Selon le groupe R, les réunions de service sont plébiscitées par 65,3% des participants au sondage, mais ne sont pas notifiées comme étant utilisées. Le groupe E, quant à lui, les plébiscite à 78,9%, mais les utilise peu (21%).

Nous savons qu'une réunion de service n'est pas initiée par les membres du groupe R, nous avons donc été investigué dans le groupe E. Mon promoteur, le professeur Thys, m'a orienté sur le rapport entre l'utilisation des réunions et la profession exercée. Voici les résultats.

Tableau 3 – Relation entre la suggestion d'organisation de réunions de service et l'utilisation effective de celles-ci selon la profession, au sein du groupe E.

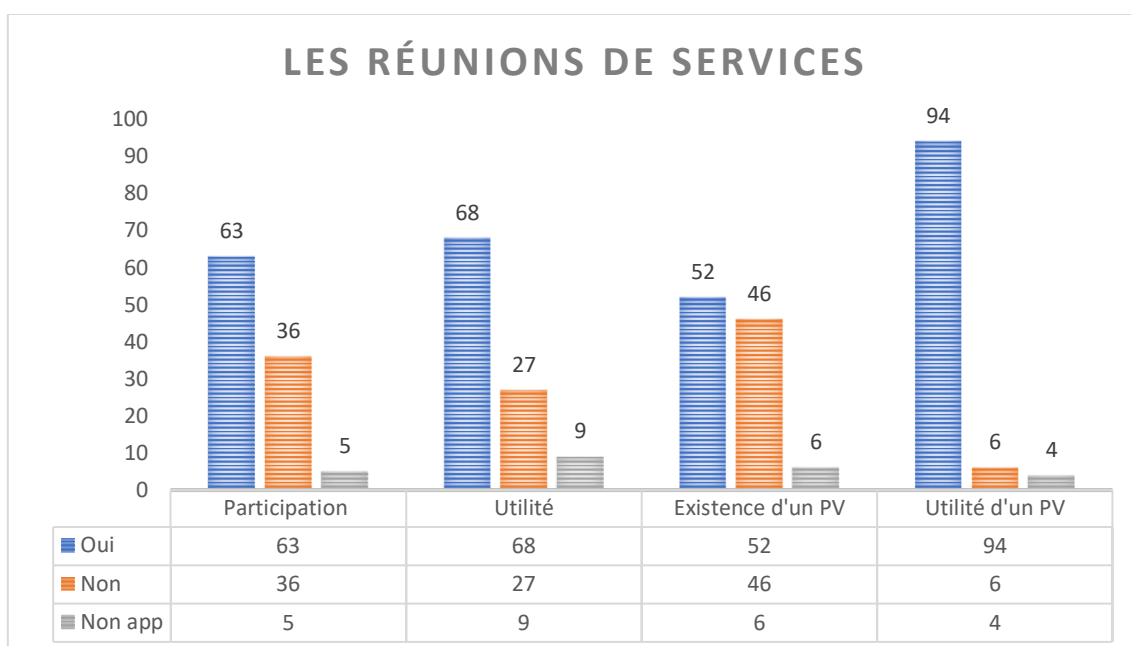
Groupe E (N=19)	Réunions utilisées		Réunions plébiscitées	
	Nombre absolu**	Pourcentage	Nombre absolu**	Pourcentage
Corps médical – Em (n=6)	5	83,33%	4	66,67%
Corps infirmier – Ei (n=10)	8	80%	0	0%
Corps administratif – Ea (n=3)	3	100%	0	0%

Il est interpellant de constater que les sous-groupes Ei et Ea ne suggèrent pas d'organiser des réunions. Ils les utilisent, mais ce n'est pas pour eux un moyen de communication avec les équipes. Alors qu'au sein de ce groupe E, le sous-groupe Em suggère à 66,67% l'utilisation de ces réunions.

Rappelons que le groupe R est en attente de ces réunions, puisqu'il les plébiscite à hauteur de 65,3%.

Observons le groupe R, qui a lui aussi été interrogé sur les réunions de service, voici un diagramme qui reprend les caractéristiques qu'il confère aux réunions. À travers ce graphique, nous essaierons de quantifier la participation aux réunions, l'estimation de l'utilité de celles-ci, ainsi que l'existence et la transmission d'un procès-verbal.

Figure 3 – Caractéristiques des réunions de service du groupe R.



Nous constatons un consensus quant à l'utilité des procès-verbaux (PV) de réunion, mais pas quant à leur existence. Nous sommes, dans toutes les professions, à une incidence de 50% de PV reçus après chaque réunion. Alors que 90,3% des sondés estiment utile d'avoir un compte-rendu de la réunion.

Toujours dans une démarche descriptive, il nous a semblé intéressant de comparer les différents taux de participation par métier, afin de nous rendre compte de qui utilisait le plus ce média de communication. En outre, il nous a semblé important de connaître la date de la dernière réunion. Voici un tableau qui reprend ces données.

Tableau 4 - Relation entre les corps de métier et les intervalles de temps depuis la dernière réunion organisée.

Corps médical (Rm)	Oui	Non
- Participation aux réunions	69,6%	30,4%
- Intérêt pour des réunions	73,9%	26,1%
- Intervalle de temps depuis la dernière réunion		
> 1 an	17,4%	
1 an	21,7%	
< 6 mois	47,8%	
Non applicable*	13%	
Corps infirmier (Ri)	Oui	Non
- Participation aux réunions	61,5%	38,5%

- Intérêt pour les réunions	72,3%	21,5%**
- Intervalle de temps depuis la dernière réunion		
> 1 an	75,4%	
1 an	12,3%	
< 6 mois	9,2%	
Non applicable*	1,5%	
Corps administratif (Ra)	Oui	Non
- Participation aux réunions	40%	60%
- Intérêt pour les réunions	40%	53,3%**
- Intervalle de temps depuis la dernière réunion		
> 1 an	80%	
Non applicable*	20%	

(*) La catégorie « non applicable » a été complétée lorsque le sondé avait moins d'un an d'expérience au sein du service des urgences.

(**) La réponse « sans avis » n'a pas été ajoutée afin de ne pas alourdir le tableau. (Les valeurs sont les suivantes ; Ri = 6,2% ; Ra = 6,7%).

On remarque qu'au niveau du sous-groupe Ra, la participation ne dépasse pas la moyenne. De même, c'est au sein de ce groupe que l'intervalle, entre la dernière réunion et aujourd'hui, est le plus long. Aucune réunion ne s'est tenue depuis plus d'un an.

La participation aux réunions est semblable dans les sous-groupes Ri et Rm.

Au sein du sous-groupe Ri, ce même intervalle est aussi supérieur à 1 an, comme le déclare 75,4% des sondés. Cependant, certaines réunions ont eu lieu durant cet intervalle, car 21,5% des sondés ont participé à une réunion.

Cela contraste beaucoup avec le sous-groupe Rm qui déclare que 69,5% d'entre eux, ont participé à une réunion depuis moins d'un an. Écartant de ce fait, la thèse de la pandémie à Covid-19, qui aurait été la cause de l'arrêt des réunions. Les médecins, tout comme les infirmiers, font partie de l'effectif soignant qui a dû, entre-autre, s'occuper des patients durant la pandémie. À ce titre, s'ils ont pu se réunir pour effectuer une réunion, le sous-groupe Ei aurait pu le faire.

Barry, Bader-Larsen et al. (2021), abordent dans leur article, l'importance des débriefings réguliers entre leader et membres de l'équipe, individuels et collectifs. Selon eux, la collaboration dynamique à travers, entre-autre, d'entretiens individuels est un prérequis au bon fonctionnement d'une équipe de soins aigus.

Nous avons donc vérifié dans notre base de données, les résultats concernant les entretiens personnels avec les supérieurs hiérarchique dans le groupe R. Et les résultats concernant les entretiens avec les membres de l'équipe pour le groupe E.

Figure 4 – Caractéristiques des entretiens personnels dans le groupe R, par profession.

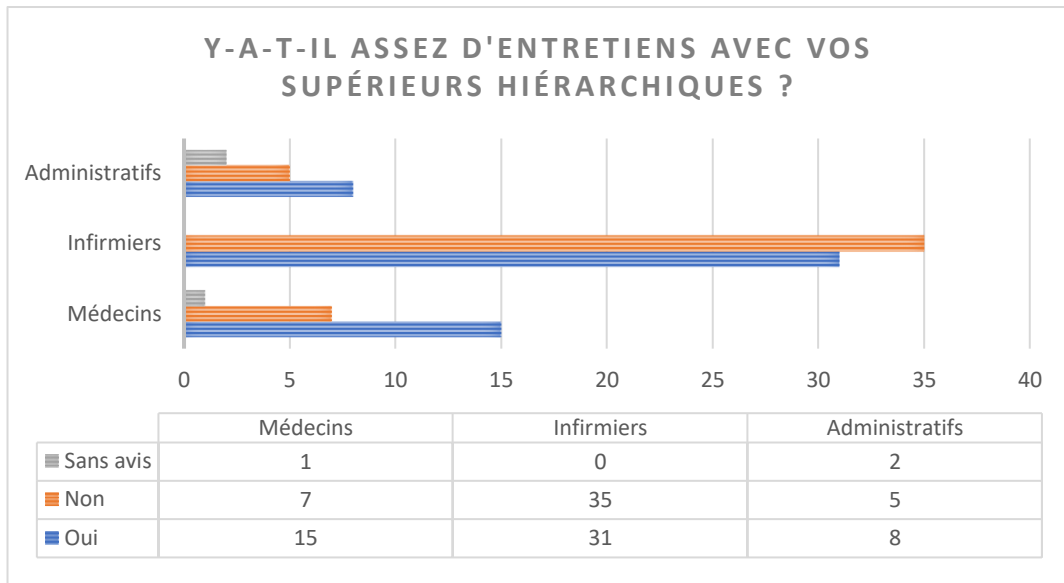
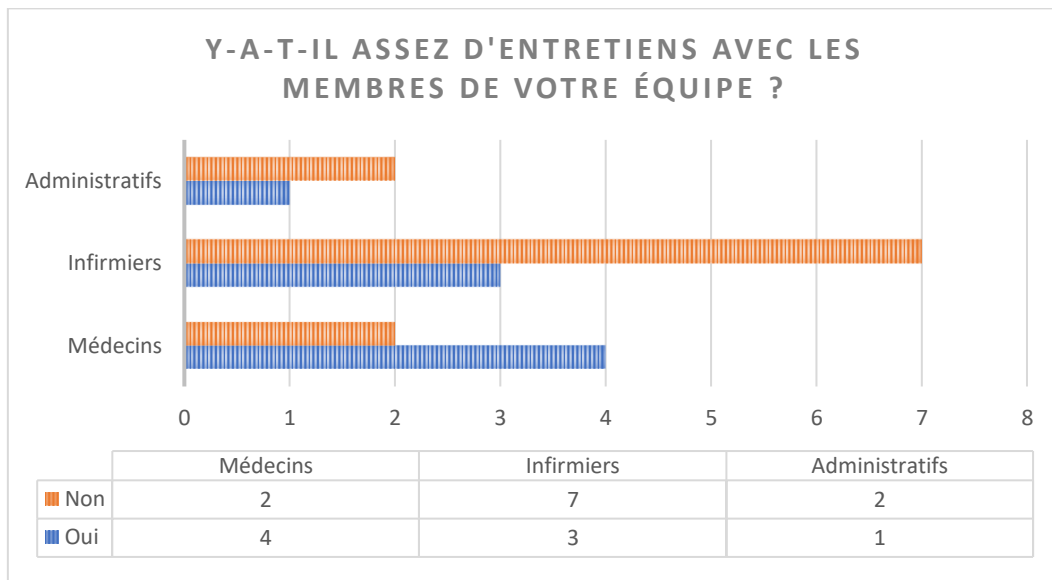


Figure 5 – Caractéristiques des entretiens personnels dans le groupe E, par profession.



Il est intéressant d’observer que selon nos résultats, le groupe E estime qu’il n’y a pas assez d’entretien individuel alors que le groupe R est plutôt partagé, seuls les infirmiers estiment et de peu qu’il n’y a pas assez d’entretien individuel (53% d’entre eux).

Il faut noter que les médecins se différencient nettement quant aux entretiens individuels, leur hiérarchie effectuant un bilan de compétence annuellement, avec la mise en place d’objectifs annuels, déterminés en concertation mutuelle.

Selon les deux groupes, les sujets à évoquer lors de ses réunions sont multiples et se retrouvent en même proportion dans le groupe R et E. Ils peuvent être retranscrits en 4 catégories :

- L'explication des changements (36%)
- L'évaluation des performances (23%)
- L'évocation de possibilité d'évolution (16%)
- Autres (25%)

b) La communication écrite

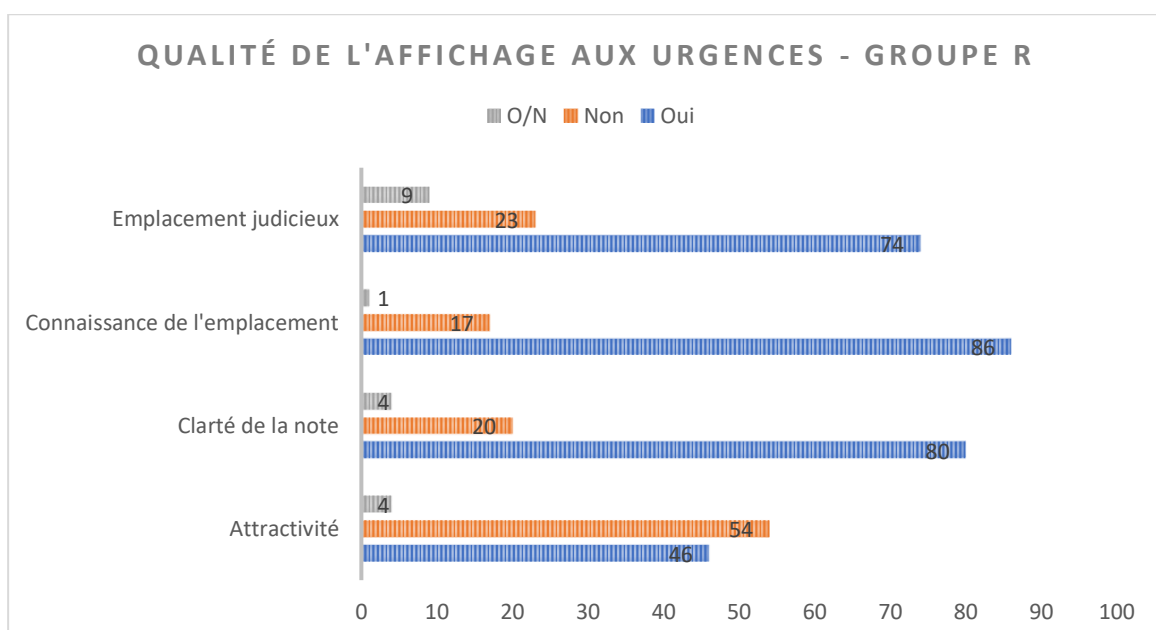
La communication écrite est reprise à plusieurs reprises chez nos sondés, nous évoquerons les deux moyens principaux que sont le mail professionnel et la communication par affiche. Ces deux sujets ont, en effet, été investigués par des questions spécifiques.

Les mails professionnels sont plébiscités et utilisés par les deux groupes. Une nuance est à apporter chez les plus de 55 ans du groupe R, ils seraient 41,6% à utiliser ce moyen de communication. Selon l'étude, ce même groupe utilise préférentiellement, à 84,6%, intranet comme vecteur de l'information écrite.

Tous les autres groupes d'âge sont au-dessus de 78%, dans le groupe R. Dans le groupe E, la communication par boîte professionnelle est de 89,5%, le pourcentage manquant utilise la communication par boîte mail personnelle.

L'autre forme de communication que nous avons investiguée, est la communication écrite par affichage. Nous avons sondé le groupe R sur les emplacements ainsi que sur la lisibilité et l'attractivité de l'affiche ; 80% des sondés disent regarder et lire les affiches. Ces 80% de sondés ont donné leur avis sur la qualité de l'affichage.

Figure 6 – Caractéristiques de l'affichage dans le groupe R



3. Formation et évaluation de la communication

Dans ce chapitre, nous avons voulu laisser place à la formation reçue par les leaders, nous avons questionné leurs rapports à la communication, l'évaluation qu'ils faisaient de leurs actions de communication. Et enfin, nous avons cherché à comprendre pourquoi ils avaient besoin de communiquer.

Tableau 5 – La notion de communication selon le groupe E (formation et évaluation)

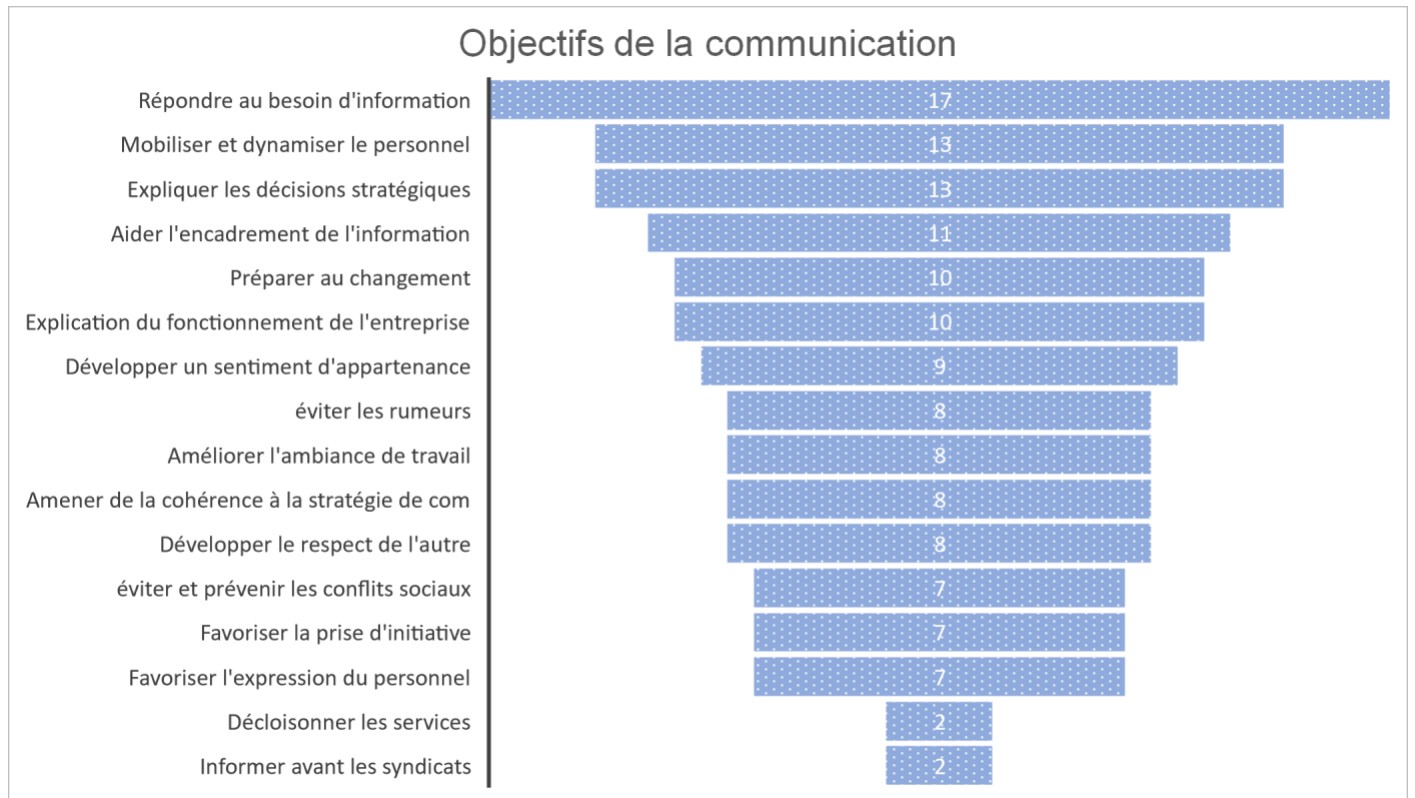
Concepts évalués	OUI	NON
La communication		
- Compréhension du concept de communication		
Corps médical (n=6)	83,33%	16,67%
Corps infirmier (n=10)	80%	20%
Corps administratif (n=3)	100%	0%
Total (n=19)	84%	16%
- Évaluation des actions de communication		
Corps médical	16,67%	83,33%
Corps infirmier	30%	70%
Corps administratif	0%	100%
Total	21%	79%
Formation à la communication		
- Formation suivie en communication		
Corps médical	50%	50%
Corps infirmier	10%	90%
Corps administratif	0%	100%
Total	21%	79%
- Démarche de formation continue en communication		
Corps médical	33,33%	66,67%
Corps infirmier	40%	60%
Corps administratif	0%	100%
Total	32%	68%

Nous pouvons observer que quel que soit le métier exercé, la communication est une notion bien appréhendée par le groupe E. Et ce malgré un manque de formation de base et de formation continue. Le corps médical est plus formé à la communication, mais en termes de formation continue en communication, le corps médical et infirmier se valent. Cependant, le corps administratif, lui, ne se forme pas et ne cherche pas à se former.

Le manque de formation pour le corps administratif est à nuancer ; en effet la taille de l'échantillon est restreinte. Toutefois, en connaissant la fonction de secrétaire ou d'agent d'accueil de certains des membres du corps administratif du groupe E, il est assez étonnant de remarquer qu'ils n'ont pas suivi de formation en communication.

Le groupe E a aussi été interrogé sur les objectifs souhaités d'une communication vers les équipes. Voici un tableau reprenant ces objectifs par ordre d'importance.

Figure 7 – Les objectifs de communication selon le groupe E



Selon le groupe E, l'objectif principal de toute communication en multi-site est de répondre au besoin d'information des employés. Nous retrouvons en deuxième et troisième position des arguments pour mobiliser le personnel et de nouveau pour l'informer.

Si l'on reprend les objectifs qui ont regroupé plus de 50% des avis (> 9), nous retrouvons 3 axes majeurs dans ces objectifs :

- Axe n°1 : l'information du personnel et l'encadrement de cette information (4 items)
- Axe n°2 : des actions de mobilisation et de motivation du personnel (2 items)
- Axe n°3 : une préparation / un accompagnement au changement (1 item)

Il est intéressant d'observer que le premier axe des objectifs de communication correspond au premier sujet à aborder dans les entretiens individuels (tous groupes confondus).

Ces trois axes sont d'ailleurs repris dans plusieurs des items ayant un score inférieur à 9.

IV. La discussion et recommandations

À travers cette discussion, nous allons faire une brève synthèse des constats liés à nos résultats en reprenant chaque moyen de communication abordés un par un. Ensuite à la lumière des résultats obtenus, de la théorie et des recherches complémentaires, nous énoncerons des recommandations. Et enfin, nous aborderons les limites de notre étude.

A. Moyens de communications

1. Les réunions

Les résultats statistiques de l'enquête à propos des réunions révèlent plusieurs sources de discussion. L'intérêt des réunions est globalement similaire, 65,4% des sondés du groupe R les estiment utile, ce pourcentage grimpe à 78,95% dans le groupe E. Cependant lorsque l'on regarde plus précisément les statistiques par corps de métier, quelques différences s'observent.

Les sous-groupes Rm et Em, sont assez similaires dans l'utilisation et dans l'intérêt qu'ils portent aux réunions. Alors qu'au sein des autres sous-groupes, nous observons quelques disparités.

Nous avons déjà évoqué, dans la présentation des résultats, que les sous-groupes Ei et Ea ne plébiscitaient pas ce mode de communication nonobstant leur utilisation.

Dès lors, nous avons recherché, au niveau des sous-groupes Ri et Ra ces mêmes informations, afin d'observer leur comportement en matière d'utilisation des réunions.

Si le sous-groupe Ri participe et est intéressé par l'organisation des réunions, le sous-groupe Ra ne participe pas et n'est pas intéressé par l'organisation de celles-ci.

Ce qui nous amène à deux questions concernant ces résultats ;

- Pourquoi le sous-groupe Ei ne plébiscite-t-il pas plus ce moyen de communication, alors qu'il est attendu au sein du groupe Ri ?
- Pourquoi le corps administratif, dans son ensemble, n'est pas friand de ce moyen de communication orale ?

Pour essayer de répondre à notre première question, nous avons cherché dans la littérature que nous avons compilée pour élaborer ce mémoire.

Alors que Beate, Sigrun et al. (2016), dans leur étude sur la communication des infirmiers en situation de stress, nous exhortent à communiquer entre collègues. Alors que Barry, Badder-Larsen et al. promeuvent des temps de communication et de débriefing entre les leaders et leur équipes. Nous observons que sur notre terrain d'étude ce n'est pas le cas.

Alors même qu'au niveau médical, ces temps de réunions sont pris et que les deux sous-groupes sont plutôt satisfaits de ce média de communication ; le corps infirmier délaisse ce média de communication.

Une sous-question se distingue : pourquoi cette différence entre le corps médical et le corps infirmier ?

Nous avons cherché beaucoup, et nous avons trouvé peu d'articles évoquant une différence entre l'implication des médecins et des infirmiers dans les services, et ces derniers n'étaient pas contributifs. Alors, nous avons cherché quelle était la place de chacun dans l'organisation de l'hôpital. Et là, nous avons trouvé une différence dans la représentation de la fonction au sein de l'hôpital.

Un médecin sera mis en avant, individuellement, pour l'image de l'hôpital, alors que l'infirmier sera mis en avant collectivement, au sein d'une équipe de soin.

Pour illustration, sur notre lieu d'étude, lorsqu'un nouveau médecin est engagé, une « *alerte info* » est diffusée sur le média de communication institutionnel (Intranet) ; et ce afin de promouvoir son expertise et sa valeur ajoutée à l'offre de soin de l'hôpital. Cette diffusion des nouveaux engagés infirmiers ne se fait pas, la masse salariale est bien trop grande pour les traiter individuellement. Mais lorsqu'un nouvel ICUS est nommé, aucune « *alerte info* » n'est diffusée. En revanche, lorsqu'une unité est mise à l'honneur, les infirmiers de cette unité sont mis en avant, collectivement. Pour être complet, chaque trimestre, lors de la publication du journal institutionnel (le Génome), un membre du personnel, quelle que soit sa profession, est mis à l'honneur et est décrit, l'audience de ce média est institutionnelle, tout comme Intranet.

Nos recherches de la partie théorique nous ont amenés auprès de Scharnitzky (2021), qui a exploré la place de l'individu dans une équipe, sa vision était simple ; nous sommes des individus scindés en deux identités (identité de reconnaissance et descriptive) et nous sommes des êtres sociaux qui interagissent avec l'entourage, privé et professionnel.

Si l'on suit son postulat, l'identité de reconnaissance du sous-groupe Ri pourrait être mise à mal par le sous-groupe Ei. Car le sous-groupe Ri n'aura pas autant de temps d'échange que le sous-groupe Rm (avec leur Em) ; et donc n'aura pas les mêmes informations et in fine pas la même connaissance de l'institution (selon la théorie ERC : l'information est une denrée de pouvoir). Cependant, n'oublions pas les interactions entre équipes, interactions qui existent bel et bien dans notre échantillon du groupe R, 81,73% des sondés utilisent les communications entre collègues pour s'informer.

Cette problématique, nous a permis de retrouver un article intéressant sur les rapports dans une équipe des urgences. Dans cet article, nous observons la comparaison des fonctionnements dans 3 services de soins dont un service d'urgences. Cette étude a été menée en 2006 en France, par une équipe de chercheurs (Dumas, Douguet et Fahmi). Nous avons repris deux résultats qui peuvent éclairer notre problématique, sur le travail en équipe et sur la communication.

Dans les résultats de cette étude, les relations interdépendantes dans le service des urgences, entre les médecins et les soignants, sont décrites comme essentielles au bon fonctionnement

d'un service d'urgences, ce qui crée un concept d'esprit d'équipe fort et constitutif de l'efficacité des soins prodigués.

Ce concept de transmission orale, y est décrit comme plus important que les transmissions écrites. Cela nous a interpellés. En effet, les auteurs décrivent le mode de communication orale comme principal, tant dans les transmissions que dans les réunions. Ils donnent comme exemple l'obligation de se rendre en réunion, imposé par un cadre de santé. Cette obligation est faite uniquement aux infirmiers et pas aux médecins. Ils justifient cette obligation par la taille de l'équipe des urgences. Selon eux « *plus la taille d'un service est grande (...) plus la cohésion est affaiblie si l'on ne retrouve pas de nouvelles formes de coopération. Seuls les transmissions orales, les staffs, les réunions de synthèses mettent en relation les soignants* » (p 61). Ce qui nous rappelle notre sous-question.

Nous n'avons pas trouvé de réponse claire à notre sous-question, mais plutôt des ajustements à effectuer quant aux pratiques, aussi nous émettrons notre première recommandation.

Le sous-groupe Ei, pourrait organiser une réunion annuelle entre les membres de l'équipe infirmière (sans oublier les aides-logistiques, les aides-soignantes et l'ambulancier). Cette réunion se déroulerait en 2 à 3 dates différentes, afin de pouvoir accueillir un maximum de participants, et étaler ces 2 à 3 réunions sur un maximum de deux semaines. De plus, à partir de cette réunion chaque réunion devra être suivie d'un PV, communiqué dans la semaine de la réunion, à tous les membres du personnel infirmier, via le moyen de communication institutionnel qu'est le mail professionnel.

Si un membre du personnel est absent à plus de 2 réunions d'affilé, l'ICUS devra veiller à en connaître les raisons et à faciliter l'accession à la prochaine réunion. Cette mesure implique, que les organisateurs contrôleront les présences en réunion.

À travers cette première problématique, nous avons vu émerger un « *second step flow of communication* » décrit par Rogers et Troidahl et repris par Lohisse. Quand le sous-groupe Ei n'organise pas de réunion d'information, il prend le risque de voir se développer un leader d'opinion qui fera naître des rumeurs catalysant la désorganisation.

Et lorsque les réunions ont lieu, et ce de manière générale, il y a peu de PV qui sont communiqués, ce qui nous renvoie à la première recommandation, où nous proposons la rédaction et la diffusion d'un PV par mail professionnel. L'édition de ce PV pourrait éviter que les informations soient mal répétées, via un leader d'opinion mal informé.

Le groupe E dans son ensemble, et plus particulièrement le sous-groupe Ei, ne contrôlant pas ses actions de communication (30% des sondés le font), la rédaction et la diffusion de PV pourrait être une piste pour éviter que des rumeurs s'installent et perturbent le bon fonctionnement du service.

La seconde problématique évoquée, concernait le corps administratif qui utilisait comme moyen de communication orale, les entretiens individuels et non les réunions. Et comme moyen de communication préférentiel, le mail.

Ceci est dû à une habitude de communication et à un accès facile à l'outil informatique dans leur profession. La réunion est très peu utilisée par les agents d'accueil et comme ce n'est pas un moyen plébiscité dans les deux sous-groupes, leur fonctionnement leur plaît. Nous pourrions leur recommander, à la lumière de nos recherches, d'organiser une fois par an une réunion réunissant le plus d'agent d'accueil, afin de voir toute leur équipe et d'y observer les interactions et de faire remonter des souhaits non exprimés en entretien personnel. Cette réunion annuelle serait suivie d'un PV de réunion communiqué par mail.

Il serait incomplet de ne pas mentionner les quelques écueils rencontrés, lors de notre étude de terrain à propos des réunions. Certains de ces obstacles sont d'ailleurs repris dans la littérature ; comme la difficulté à organiser les agendas pour trouver une date, l'heure à laquelle doit se dérouler une réunion pour que chaque partie soit disponible et ouverte à l'échange... Plusieurs auteurs et sites professionnels y font référence⁴.

Afin de limiter ce dernier écueil, certains pourraient être tenté d'effectuer des réunions en virtuel et non en présentiel. Marie Ludwigs, lors de son entretien, nous a interpellés quant à la forme virtuelle de certaines réunions. Ces réunions sont généralement organisées pour des membres du groupe E, surtout depuis la pandémie. La responsable de la communication du GHdC a appuyé sur le fait que ces visioconférences étaient un format intéressant, mais pas pour toutes les formes de réunions. Des réunions avec un format tel que la conférence, avec un seul orateur ou des réunions d'information, pourraient utiliser ce type de média ; mais dès que la réunion nécessite une interaction de la part des participants, ce format de réunion n'était plus adapté, moins confortable.

2. Les mails

L'utilisation des mails est très courante dans tous les groupes sondés. Le sous-groupe qui n'utilise pas le moyen de communication écrite institutionnel est la tranche des > 55 ans. Seulement 41,6% des sondés de ce sous-groupe utilisent ce moyen institutionnel pour communiquer ou recevoir des informations. Ce qui est intéressant car cette même tranche d'âge utilise à 81,25 % internet à la maison. Et 56,75% d'entre eux se disent familier avec l'outil informatique institutionnel.

Ces résultats rejoignent une étude menée en 2021 par l'institut Nielsen, Maetva, une agence de marketing française, a repris cette étude et a cherché à comprendre la consommation des outils digitaux par les plus de 55 ans. Après compilation des données, ils se sont rendu compte que

⁴ Dynamique Mag; Manager Go ! ; Skillyouneed ; Seeds for change.

cette tranche d'âge était connectée et était consommatrice de « *device* » (smartphone, tablette, ordinateur). Toujours selon le cabinet, « *95% des 55-64 ans sont des usagers autonomes d'internet, ils le considèrent comme un moment de partage* ».

Ces résultats sont corroborés localement par une étude menée par deux mémorantes de l'UCL, qui, en 2020, ont questionné la patientèle du GHdC sur la création d'une application mobile aux urgences. Dans la tranche d'âge des plus de 45 ans (leur tranche d'âge s'étalant de 45 à 60 ans), 83,3% des sondés se disaient intéressés par l'utilisation d'une telle application.

Si le facteur « âge » n'est pas le facteur déterminant de la sous-utilisation de la boîte mail institutionnelle, les managers devront insister sur l'utilisation de la boîte mail institutionnelle. Nous voyons là, une possibilité pour une nouvelle recommandation.

Les chefs infirmiers et médicaux devront, lors de leur passage dans les services, tous les jours, sur une période d'un mois, sensibiliser leur personnel à la lecture des mails. Pour cela, ils pourront demander à leurs effectifs, de leur rappeler un détail sur un mail envoyé récemment.

Dans nos recherches nous nous sommes heurtés à quelques obstacles concernant l'utilisation des messages électroniques en entreprise.

Le MEDEF, le Mouvement des Entreprises DE France, a édité un guide de bonne conduite concernant leur utilisation. Selon eux « *l'email n'est pas seulement un échange entre personnes. C'est aussi un outil qui peut être utilisé par des applications pour communiquer avec différents acteurs* » (p25). Ce fait a été relevé dans notre étude, certains membres du sous-groupe Ri se plaignant d'un trop plein de mail envoyés par le service technique, qui ne les concernaient pas. Selon eux cet embarras était la cause de la sous-utilisation de leur boîte électronique.

Dans ce guide aucune solution n'est proposée pour faire face à ce problème.

L'ORSE, l'Observatoire sur la Responsabilité Sociétale des Entreprise, a publié un rapport, en 2011, sur les effets de la réception des messages électroniques sur la concentration du travailleur. Ce rapport mentionne quelques chiffres interpellant, il faut 64 secondes pour se reconcentrer lorsque le travailleur est interrompu par la réception d'un mail. 56% des utilisateurs de courriels déclarent consacrer plus de 2h par jour à la gestion de leur messagerie électronique.

Dans une moindre mesure, à l'hôpital, les sous-groupes Ri et Rm sont peu concernés par ses statistiques, leur travail principal s'effectue sur le terrain. Le groupe E, en revanche, pourrait entrer dans ces statistiques.

Bien que les données évoquées dans ce guide soient anciennes (2011), elles sont selon nous, toujours d'actualité.

3. Les affiches

Selon le groupe R, l'attractivité des notes est à revoir. C'est un média peu plébiscité et son utilisation n'a pas été questionnée ; cependant le format d'affichage a été investigué.

Le groupe E quant à lui, utilise ce média mais ne le plébiscite pas. A l'instar du groupe E, Marie Ludwigs, dans son entretien, mentionne l'exercice difficile de communiquer avec ce type de média. Elle évoque surtout des soucis de cacophonie dans l'affichage et la difficulté de contrôler tous les panneaux d'affichages sur tous les sites du GHdC.

L'affichage est plutôt un outil de communication descendante. Corfa (2021) distingue deux grandes finalités à ce média, l'affichage obligatoire (légal) et l'affichage informatif. Aux urgences, la note d'information est éditée par les membres du groupe E, et a comme seule finalité de transmettre un message.

En dehors de l'aspect de contrôle technique de l'affiche, cet exercice est un exercice ardu. En effet, c'est un canal de communication où le message doit être limpide, il n'y a pas de modérateur. Lohisse (2010), dans sa revue des théories de la communication évoque le modèle fonctionnaliste ; avec un média (l'affiche) qui émet un signal (l'information) à plusieurs récepteurs (les employés du service des urgences). Il met en garde contre les méfaits de ce type de média à récepteurs multiples, il estime que si le décodage est mal effectué, l'information transmise est erronée. La solution à ce problème est de mesurer la quantité d'information reçue et la comparer avec la quantité d'information envoyée. Solution difficilement implantable dans un service de soins. Surtout quand on sait que le groupe E ne mesure pas ses actions de communication (tableau 5).

71,2% du groupe R demande plus de clarté dans la note d'affichage, c'est le seul point d'attention notable dans les résultats de l'étude.

Dans un article paru sur leur site promotionnel, l'entreprise Durable⁵ émet des recommandations pour un affichage optimal, nous retiendrons deux recommandations. L'affichage doit : « être facile à actualiser pour pouvoir être mis à jour régulièrement », et il « doit être universel pour harmoniser la communication interne ».

Ces deux recommandations vont dans le sens de nos pistes de solutions.

En recherchant des informations sur le système d'affichage propre au GHdC, il nous est apparu qu'un travail avait été réalisé pour unifier l'affichage aux urgences du GHdC. Cet affichage innovait en attribuant un code couleur par corps de métier. Ce projet n'a jamais été mis en place, nous le proposons donc dans une nouvelle recommandation.

Afin d'améliorer la lisibilité et l'attractivité de l'affichage, nous proposons d'utiliser les affiches déjà créées, en les faisant valider au préalable par le comité de gestion des urgences. Cet affichage spécifique serait présenté aux équipes en mini-staff lors des temps de midi et utilisé

⁵ Entreprise allemande spécialisée en fourniture d'équipement de bureau

dès la fin des séances d'information. Ce type d'affichage remplacerait les affiches présentes aux urgences et éditées par les membres du groupe E.

4. Les entretiens personnels

Dans notre analyse de résultats, nous avons observé que les entretiens personnels étaient utilisés de manière disparate par nos différents sous-groupes du groupe E.

Le sous-groupe Em les utilise alors que les sous-groupes Ei et Ea ne les utilisent pas.

Le sous-groupe Ri est plutôt partagé, seulement 53% d'entre eux estiment qu'il n'y a pas assez d'entretien individuel avec leur hiérarchie. De même, 53% des sondés du groupe Ra estiment qu'ils ont assez d'entretiens individuel.

Ces résultats sont interpellant et le choix du public cible important pour les comprendre.

Au sein des sous-groupes du groupe E, nous avons interrogé des chefs mais aussi des communicants qui n'ont pas de rôle de chef.

Il est intéressant de notifier qu'avec un n égal à 10 dans le sous-groupe Ei, dont 3 ICUS, le pourcentage de sondé du sous-groupe Ei, qui estime avoir assez d'entretien avec son personnel, est de 30% (soit 3/10 sondés).

De même, avec un n égal à 3 dans le sous-groupe Ea, dont 1 chef, il est à noter que 33,3% des sondés estiment qu'ils ont assez d'entretien individuel, soit 1/3.

À la lumière de ces informations complémentaires, nous pensons que les résultats doivent être réinterprétés. Les sous-groupes Ei et Ea estimeraient à 100% des sondés avoir assez d'entretiens individuels avec leurs équipes.

Le groupe E, dans son ensemble, estime qu'il a assez d'entretien individuel avec ses équipes. Le groupe R est plutôt en accord avec cet avis. Avec une petite différence entre les sous-groupes le sous-groupe Rm étant en total accord et les sous-groupes Ri et Ra étant plus partagés.

Dans notre analyse théorique, nous avons relevé l'importance de ces entretiens individuels. Comme l'armée américaine le présente dans son article sur les MIHT (Barry, Bader-Larsen et al. 2021), il est important que l'équipe soit un endroit refuge en cas de situation de travail stressante. Le leader, doit alors être à l'écoute des ressentis de ses collaborateurs et donc de ses équipes. Ce qui appuie la nécessité d'avoir régulièrement des réunions d'équipe. Haberey-Knuessi et al. (2013), évoquent aussi l'importance de la communication avec ses pairs et avec ses supérieurs pour diminuer la charge émotionnelle en milieu hospitalier.

Il est à noter qu'en Belgique il n'y a pas de législation qui impose un entretien de progression. Alors qu'en France ces entretiens sont inscrits dans la loi et doivent être effectués tous les deux

ans. La loi « *définit que chaque salarié doit être informé, dès son embauche, de son droit à bénéficier tous les deux ans d'un entretien professionnel. Il est à l'initiative de son employeur, et doit se tenir quelle que soit la taille de l'entreprise* » (art. L. 6315-1 du Code du Travail).

Cependant, en Belgique, il a existé une telle obligation, uniquement dans la fonction publique, elle a été abrogée le 1/1/2022 via une coordination officieuse. Il s'agissait de l'arrêté royal du 24 septembre 2013 relatif à l'évaluation dans la fonction publique fédérale. Cette obligation a été remplacée par des recommandations avec l'aide de guide destiné au bon déroulement de l'entretien.

Selon la plateforme belge d'offres d'emplois Jobat, un débat a eu lieu entre expert en 2018 concernant l'utilité des entretiens professionnels.

Plusieurs experts avaient alors donné leur avis, quand Microsoft, Deloitte ou Accenture, de gros employeurs flamands, ont décidé de mettre fin à cette pratique. Frank Vander Sijpe, actuel directeur des ressources humaines de Securex, estimait qu'il y avait « *peu de matériel scientifique à portée de main, permettant indéniablement de prouver que les entretiens d'évaluation* » étaient « *bénéfiques pour la performance d'une organisation* »

Frederik Anseel, professeur à l'université de Gand expliquait quant à lui que « *dans la plupart des organisations, les évaluations s'opèrent d'une extrême mauvaise manière mais, dans 90% des cas, il n'y a tout simplement pas de meilleure alternative* »

Et pour finir, Frank Vander Sijpe ajoutait : « *il n'est toutefois pas une bonne idée de les remplacer par de simples conversations anodines ou des feedbacks informels provenant des managers. Nous avons souvent tendance à parler de ce qui n'est pas bon. Il est crucial que les employés soient complimentés au sujet de leurs qualités* ».

Voilà peut-être pourquoi, le SPF a décidé de mettre fin à l'obligation légale d'entretien, mais a continué à les utiliser en éditant et en promouvant un guide édité en 2013.

Cependant, cette expertise se déroule en milieu professionnel d'entreprise et pas dans un milieu hospitalier. Or dans le cadre de notre étude, nous nous plaçons dans un contexte encore plus particulier qui est un contexte de soins aigus.

Dès lors, nous émettrons une recommandation. Il serait intéressant d'organiser des entretiens individuels de progression, destinés à tous les membres de l'équipe infirmière et dirigés par les ICUS et la cadre des urgences, afin de poser, en concertation, des objectifs à réviser tous les deux ans. Cette évaluation s'effectuerait sur la base d'une grille d'évaluation, au préalable complétée par les deux parties, afin de pouvoir en débattre lors des entretiens. Ces entretiens devraient débutés avant l'entrée dans le nouvel hôpital afin de rassurer certains infirmiers quant aux conditions de déménagement.

5. Les mini-vidéos

Tant dans les entretiens individuels (rencontre avec Marie Ludwigs et avec mon promoteur et directeur des urgences, le professeur Thys), qu'avec les résultats de l'étude, le format vidéo a été plébiscité par les communicants.

Nous avons donc décidé d'entreprendre des recherches complémentaires. Une équipe de chercheurs en marketing, dirigée par une docteure en formation et en recherche de développement, a récemment effectué une étude sur la consommation de vidéos didactiques et informatives dans six pays différents⁶.

Les résultats sont encourageants et vont dans le même sens que nos résultats ; la mini vidéo est un média d'avenir.

Certaines notions techniques, nous ont cependant semblées intéressantes à reprendre dans ce chapitre. Selon l'étude, les vidéos doivent :

- Être accessible à tous.
- Cibler un contenu, une vidéo, un sujet de présentation.
- Avoir une durée comprise entre 3 et 6 minutes.
- Attirer l'attention.
- Être simples pour être mémorable.

Elles ont pour avantages de communiquer facilement les émotions, être plus attractives que le format papier et elles sont moins chronophages à réaliser et sont reproductibles et économiques. Pour résumer, « *une bonne vidéo est aussi longue que nécessaire, mais aussi courte que possible* » (p15).

Le directeur des urgences du GHdC, évoque ce média depuis son arrivée au GHdC. Mme Ludwigs promeut cette nouvelle forme de communication institutionnellement, au travers de courte vidéo. Son service effectue de l'éducation au patient, produit des formations interne à destination de l'ensemble du personnel.

Nous observons que l'utilisation de ces mini-vidéos, en étant ciblées, comme le recommande l'étude, pourraient atteindre certains objectifs de communication, comme ceux sondés auprès du groupe E. Ce ciblage de la communication est développé par Morris, dans son concept du *behaviorisme*.

Grâce à ce tableau nous pouvons émettre une recommandation. Afin de répondre ponctuellement au besoin d'information des employés des urgences, de courtes vidéos (de 3 à 6 minutes), sur un sujet précis, pourraient être enregistrées et diffusées sur la page intranet des urgences. Cela permettrait de mobiliser le personnel, d'expliquer les décisions stratégiques et d'encadrer l'information. Avec l'aide du service informatique, il serait possible de savoir

⁶ Étude de 2021, commandée par TechSmith®, concernant 914 participants répartis dans 6 pays ; La France, l'Allemagne, les USA, le Canada, le Royaume Uni et l'Australie.

combien de fois la vidéo aura été visionnée, ce qui permettrait d'observer l'audience de ces vidéos.

B. Recommandations

Tout au long de cette discussion nous avons proposé différentes recommandations. Dans un souci de clarté nous avons décidé de les reporter une à une dans ce chapitre.

Les modes de communication écrits ou oraux sont multiples et nécessitent une formation préalable, en plus d'un certain tropisme pour la communication. Les différents courants de pensées évoqués au fil de ce mémoire le prouvent. Une information mal formulée et mal perçue peut être délétère et produire l'effet inverse de celui attendu. Une information mal communiquée peut tomber dans l'oubli au mieux, ou désorganiser un service au pire.

La recommandation principale qui pourrait être émise, concerne la formation des membres du groupe E. Il serait intéressant que les membres du groupe E, qui n'ont pas reçu de formation à la communication dans leur formation, bénéficient d'une formation institutionnelle à la communication. De plus, il serait appréciable que les membres qui ont reçu une formation pendant leur cursus supérieur, puissent se former de manière continue, via des moyens institutionnels ou externes. Cette proposition devrait être suivie lors d'entretien de progression.

Recommandation concernant les réunions :

Le sous-groupe Ei, pourrait organiser une réunion annuelle entre les membres de l'équipe infirmière (sans oublier les aides-logistiques, les aides-soignantes et l'ambulancier). Cette réunion se déroulerait en 2 à 3 dates différentes, afin de pouvoir accueillir un maximum de participants, et étaler ces 2 à 3 réunions sur un maximum de deux semaines. De plus, à partir de cette réunion chaque réunion devra être suivie d'un PV, communiqué dans la semaine de la réunion, à tous les membres du personnel infirmier, via le moyen de communication institutionnel qu'est le mail professionnel.

Si un membre du personnel est absent à plus de 2 réunions d'affilé, l'ICUS devra veiller à en connaître les raisons et à faciliter l'accession à la prochaine réunion. Cette mesure implique, que les organisateurs contrôleront les présences en réunion.

Recommandation concernant les courriers électroniques :

Les chefs infirmiers et médicaux devront, lors de leur passage dans les services, tous les jours, sur une période d'un mois, sensibiliser leur personnel à la lecture des mails. Pour cela, ils pourront demander à leurs effectifs, de leur rappeler un détail sur un mail envoyé récemment.

Recommandation concernant l’affichage :

Afin d’améliorer la lisibilité et l’attractivité de l’affichage, nous proposons d’utiliser des affiches déjà créées, en les faisant valider au préalable par le comité de gestion des urgences. Cet affichage spécifique serait présenté aux équipes lors de mini-staff lors des temps de midi et utilisé dès la fin des séances d’information. Ce type d’affichage remplacerait les affiches présentes aux urgences.

Recommandation concernant les entretiens individuels :

Il serait intéressant d’organiser des entretiens individuels de progression, destinés à tous les membres de l’équipe infirmière et dirigés par les ICUS et la cadre des urgences, afin de poser, en concertation, des objectifs à réviser tous les deux ans. Cette évaluation s’effectuerait sur la base d’une grille d’évaluation, au préalable complétée par les deux parties, afin de pouvoir en débattre lors de l’entretien. Ces entretiens devraient débutés avant l’entrée dans le nouvel hôpital afin de rassurer certains infirmiers quant aux conditions de déménagement.

Recommandation concernant les mini-vidéos :

Afin de répondre ponctuellement au besoin d’information des employés des urgences, de courtes vidéos (de 3 à 6 minutes), sur un sujet précis, pourraient être enregistrées et diffusées sur la page intranet des urgences. Cela permettrait de mobiliser le personnel, d’expliquer les décisions stratégiques et d’encadrer l’information. Avec l’aide du service informatique, il serait possible de savoir combien de fois la vidéo aura été visionnée, ce qui permettrait d’observer l’audience de ces vidéos.

C. Limites de l’étude

En élaborant cette partie empirique, nous avons été confrontés à plusieurs limites qui auraient pu rendre l’étude plus fluide ou l’ étoffer.

La première limite a concerné le public cible. Comme le montre les statistiques de la figure 1, le taux de participation du corps administratif a été le plus faible du groupe R (60%). Nous aurions peut-être dû faire plus de publicité autour de l’étude et être plus présent sur site auprès du personnel d’accueil.

La seconde limite concerne le questionnaire. En effet, pour le groupe R, certaines réponses sur les moyens de communication ont dû être reprises dans plusieurs questions. Nous aurions pu effectuer un pré-test sur environ 10 personnes afin de peaufiner notre questionnaire. De plus, si

un update du questionnaire, avec un suivi des réponses d'année en année, devait être effectué, nous changerions certaines questions afin d'avoir plus de facilité dans l'interprétation des résultats. Et pour finir, la période d'étude pourrait être allongée à six semaines plutôt qu'à trois, afin de pouvoir sonder un maximum de personnes et permettre une alternance des effectifs qui effectuent des rotations de six semaines.

Dans ce recueil de résultat, nous avons pu observer une différence significative de vision entre les communicants (groupe E) et les récepteurs de l'information (groupe R).

Lorsque le groupe E s'évalue, il est dans l'ensemble plus sévère envers sa communication que le groupe R. Dans nos recherches complémentaires, ayant pour but de comprendre nos résultats, nous avons découvert des biais à l'autoévaluation. Lors de celle-ci, il y a deux écueils à éviter, le premier est l'effet de recense et le second l'effet de censure (Paccioli, 2021). L'effet de recense admet une influence négative sur l'évaluation à la suite d'un évènement récent marquant. L'effet de censure est quant à lui une dérive, propre à l'évalué, qui va s'apprécier plus sévèrement qu'il ne devrait.

Dans le groupe E, les deux phénomènes pourraient avoir eu un impact. L'évènement récent, de l'effet de recense, pourrait être la crise sanitaire. L'effet de censure, qui est inhérent à chacun, n'est pas quantifiable en l'état. Ces deux paramètres ont pu interférer avec notre étude.

V. Conclusion

Ce mémoire nous a amené sur le chemin du passage de l'information entre différents sites d'un même service d'urgences.

Suite à une recherche théorique et à une enquête de terrain, nous avons essayé de comprendre quels pouvaient être les facteurs influençant le passage de l'information.

La situation dans ce service n'est pas catastrophique, les messages passent, souvent relayés par des leaders d'opinion ; ce qui peut en altérer la substance. La communication est jugée de manière bienveillante par les récepteurs de l'information. Les leaders quant à eux se jugent plus durement, ce qui prouvent qu'ils auront à cœur d'appliquer les quelques recommandations proposées à la suite de notre travail.

Nous avons évoqué plusieurs facteurs s'appliquant à la fois au niveau des récepteurs de l'information et aux émetteurs. Au terme de cette étude plusieurs recommandations ont été proposées, chacune s'appuyant sur des faits et des besoins.

Les besoins en communication orale se sont avérés moins important pour le corps administratif, alors que leurs manques s'est révélé criant pour le corps infirmier.

Les besoins en communications écrite ont révélé une assez bonne utilisation des courriers électronique, mais une sorte de désuétude de l'affichage.

Toutes ces recommandations, de par leurs formes de rédactions, sont implémentables assez aisément, sans trop de changement pour le fonctionnement interne du service.

Cependant, ces recommandations sur les différents moyens de communication ne doivent pas masquer le manque de formation des leaders quant à la communication et plus particulièrement leur manque de formation continue.

Finalement, l'interaction avec les leaders est ce qui plaît le plus aux équipes. Les mini-vidéos sont un média d'avenir pour toucher un large public avec un minimum de distorsion du message. Déjà utilisé au sein de l'institution, elles pourraient devenir un vecteur d'information privilégié pour le multi-site.

L'important est de pouvoir regarder au-delà des deux années à venir. L'arrivée dans le nouvel hôpital va modifier certains comportements et certains dogmes, l'environnement ne sera pas le même et tout le monde devra s'adapter. L'entraînement à une communication claire dès aujourd'hui permettra peut-être de limiter certains écueils demain.

ANNEXES

A. Modification de la page intranet avant/après

Page intranet avant modification par le groupe communication en 2018 :

GHIC LE GHIC • VIE AU TRAVAIL DÉPARTEMENTS • COMITÉS & ORGANES QUALITÉ URGENCE Rechercher dans ce site

URGENCES

ARTICLES MÉDICAUX
BROCHURES À TÉLÉCHARGER
H++
NOTES DE SERVICE
PROTOCOLES
SÉMINAIRES
RELAIS EXTERIEURS
PROJET DE SERVICE 2017
RENCONTRES INTERSERVICES
RÉCENTS

URGENCES

Bienvenue sur le portail consacré à la médecine d'urgence. Chaque soignant pourra aisément y trouver des informations et conseils pratiques, recommandations et actualités.

PROTOCOLES

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom	Type de patient
<input checked="" type="checkbox"/>		Applications des attelles plâtrées	*** ...
<input checked="" type="checkbox"/>		Applications des plâtres synthétiques circulaires	*** ...
<input checked="" type="checkbox"/>		Attelle plâtrée brachio-antébrachiale (B.A.B.)	*** ...

ACTUALITÉS

CONTACTS

<input checked="" type="checkbox"/>	Nom	Prénom	Fonction	Photos
<input checked="" type="checkbox"/>	Thys	Frédéric	Directeur des Urgences	
<input checked="" type="checkbox"/>	Alongi	Stéphan	Médecin chef de service	
<input checked="" type="checkbox"/>	Masselos	Annick	Secrétariat	

BROCHURES À TÉLÉCHARGER

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom
<input checked="" type="checkbox"/>		Le tétanos est une maladie mortelle
<input checked="" type="checkbox"/>		Plaies superficielles
<input checked="" type="checkbox"/>		Votre enfant tousse ou a un rhume
<input checked="" type="checkbox"/>		Votre prise en charge aux urgences Guide pratique
<input checked="" type="checkbox"/>		Traite des êtres humains Que faire

1 - 5

Page intranet après modification par le groupe communication :

The screenshot shows the intranet page for 'URGENCES' (Emergency) at GHdC. The page layout includes a top navigation bar with 'LE GHdC', 'VIE AU TRAVAIL', 'DÉPARTEMENTS', 'QUALITÉ', 'PROJETS ET PROCESSUS', 'PUH', and 'CONFLUENCE'. A search bar is located on the right. The main content area is titled 'URGENCES' and features a large banner image of an ambulance with 'AMBULANCE' and '112' written on it, and 'URGENCES' in large red letters with a white ECG line. Below the banner is the 'PORTAIL DES URGENCES' section, which includes a welcome message, a mission statement, and a call to action. To the left is a sidebar with various resource categories like 'RESSOURCES', 'ENCADREMENT MÉDICAL', 'ENCADREMENT INFIRMIER', 'ENCADREMENT ADMINISTRATIF', 'RELAIS EXTERIEURS', 'PROJET DE SERVICE 2017', 'ARCHIVES', and 'RÉCENTS'. Below the main text is a 'PROTOCOLES' table and a 'CONTACTS' table. A navigation bar with icons for people, a clock, an envelope, and an exclamation mark is positioned above the 'CONTACTS' table. A large graphic with the text 'notre URGENCE, VOTRE santé!' is also present. Five red boxes with numbers 1 through 5 highlight specific changes: 1 points to the 'ARCHIVES' link in the sidebar; 2 points to the 'Bonne visite !' text; 3 points to the navigation bar icons; 4 points to the 'notre URGENCE, VOTRE santé!' graphic; and 5 points to the 'CONTACTS' table.

RESSOURCES
Protocoles
Notes de service
Rencontres interservices
Brochures à télécharger

ENCADREMENT MÉDICAL
Articles médicaux
Séminaires (présentations des seniors)
Séminaires (présentations des assist/stagiaires)

ENCADREMENT INFIRMIER

ENCADREMENT ADMINISTRATIF
Formations
Documents administratifs
Notes de service

RELAIS EXTERIEURS

PROJET DE SERVICE 2017
Mieux-Ensemble

ARCHIVES 1

RÉCENTS
Mieux-Ensemble
Séminaires (présentations des seniors)

PORTAIL DES URGENCES

Bienvenue sur le portail consacré aux urgences du GHdC !

Notre mission est d'accueillir tout type d'urgence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, d'assurer les premiers soins et d'orienter chaque urgence au mieux en fonction de son état.

Pour remplir cet objectif, vous pourrez trouver ici une multitude de ressources et d'informations concernant les bonnes pratiques professionnelles.

Bonne visite ! 2

3

notre URGENCE, VOTRE santé! 4

PROTOCOLES

✓	Nom	Type de patient
	Antibiotiques posologies adultes, pédiatriques, si insuffisance rénale	*** ...
	Applications des attelles plâtrées	*** ...
	Applications des plâtres synthétiques circulaires	*** ...

CONTACTS

✓	Nom	Prénom	Fonction	Téléphone
	Thijs	Frédéric	Directeur des Urgences	3 855
	Alongi	Stéphan	Médecin chef de service	7 089
	Masselos	Annick	Secrétariat	5 083

5

1 : Ajout des trois corps professionnels présents aux urgences, avec des documents qui leurs sont propres.

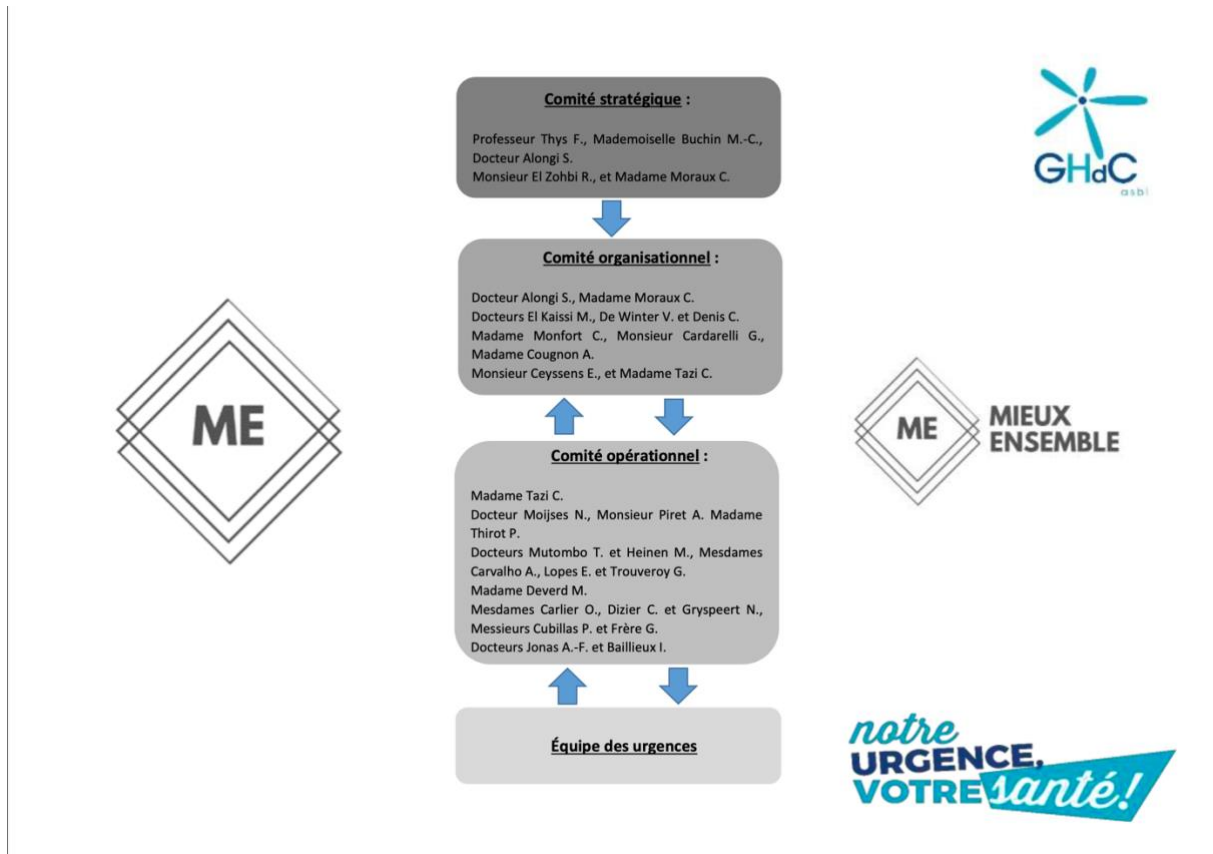
2 : Réécriture du texte de présentation du service des urgences.

3 : Introduction de raccourcis vers les applications les plus utilisées aux urgences.

4 : Introduction de la devise des urgences.

5 : Mise en avant des contacts et retrait de la catégorie « brochures à télécharger ». Ce cadre accueillera les mini-vidéos d'information.

B. Dépliant de présentation du projet Mieux Ensemble



1 projet de service - 3 objectifs pour le réaliser

- Gestion de flux
- Relations inter-personnels
- Processus

En partant des objectifs et des besoins du service, des projets ont été définis. Les voici triés par catégories. Certains projets se retrouvent sous plusieurs points car ils sont multidimensionnels :

Gestion de flux :

- Le projet Accueil des patients et ambulances.
- Implantation du circuit court sur le site ND.
- Refonte des échelles de tri avant et après X-care.
- Le projet Sécurisation de la salle d'attente.

Relations inter-personnels :

- Le projet Binôme.
- Le projet Itinéraire clinique gériatrique.
- Le projet Accueil des étudiants.
- Le projet Accueil des nouveaux engagés.

Processus :

- Le projet Itinéraire clinique gériatrique.
- Le projet Liaison sociale.
- Le projet Accueil des étudiants.

Cinq questions pour comprendre « Mieux Ensemble »

Mieux ensemble, c'est quoi ?

Une réflexion centrée sur le patient.

Une co-création avec le personnel des urgences sur les 3 sites du GHdC.

Une mutualisation des procédures et processus pour l'amélioration de la prise en charge des patients.

Une préparation pour le futur service commun des urgences aux Viviers.

D'où ça vient ?

L'idée de Mieux Ensemble vient de l'élaboration, en 2017, du projet de service du Professeur Thys lors de son arrivée au GHdC. Co-créé avec M. Wagneur, le projet a été développé dès 2018 avec 3 axes principaux (objectifs) et des supports communs.

Qu'est-ce que ce projet apporte aux urgences ?

De la cohérence et du lien entre les sites et les services hospitaliers.

De la qualité via l'extraction du meilleur de chaque site. Des bienfaits, tant pour faciliter le travail en équipe pluri métier que pour améliorer les prises en charge de nos patients.

De solides bases pour l'arrivée aux Viviers avec pour seule préoccupation l'adaptation aux locaux, puisque les méthodes de travail sont les mêmes.

Quel est son devenir après les Viviers ?

Être un laboratoire d'idée pour être à la pointe de l'innovation aux urgences et pourquoi pas un vecteur de publication.

Existe-t-il des collaborations avec d'autres projets ?

Oui, tous les projets entrent en interaction avec d'autres projets, d'autres services ou encore avec l'accréditation Canada (ACI). C'est ce qui fait la richesse de la démarche Mieux Ensemble.

Ce projet permet de lier les urgences avec le reste de l'hôpital, de rendre plus visible notre travail et nos méthodes.

Plus largement le groupe Mieux Ensemble s'inscrit dans une démarche de qualité et d'expertise des urgences au sein du pôle aigu.

Explique - moi le picto ?



3 sites, 3 structures, qui unies, forment UN grand espace pour être « Mieux Ensemble ».

C. Questionnaire groupe R

Ce questionnaire est destiné à comprendre les besoins en communication d'une unité de soins aigu qui fonctionne en multi-site. Cet outil réflexif permettra de sonder les collaborateurs qui reçoivent l'information afin de déterminer les moyens de communication plébiscités qui entreront dans un plan de communication plus large.

Nous vous remercions d'avoir accepté de le compléter.

Théorie	Questions
Général	<p>1- Depuis combien de temps travaillez-vous dans l'institution ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Moins d'un an <input type="checkbox"/> Entre 1 et 3 ans <input type="checkbox"/> Entre 3 et 5 ans <input type="checkbox"/> Entre 5 et 10 ans <input type="checkbox"/> Entre 10 et 20 ans <input type="checkbox"/> Plus de 20 ans <p>2 - Quelle est votre tranche d'âge</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Entre 21 et 25 ans <input type="checkbox"/> Entre 25 et 35 ans <input type="checkbox"/> Entre 35 et 45 ans <input type="checkbox"/> Entre 45 et 55 ans <input type="checkbox"/> Plus de 55 ans <p>3 - Quelle est votre profession</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Corps médical <input type="checkbox"/> Corps infirmier <input type="checkbox"/> Corps paramédical (aide-soignant, ambulanciers, brancardiers) <input type="checkbox"/> Corps administratif <p>4 - Êtes-vous</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Une femme <input type="checkbox"/> Un homme
	<p>5 - Sur quel site exercez-vous principalement</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Notre Dame <input type="checkbox"/> IMTR <input type="checkbox"/> Saint Joseph
Communication	<p>6 - Comment décrieriez-vous la communication au sein de votre site des urgences au GHdC ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Optimale

	<p> <input type="checkbox"/> Perfectible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Défectueuse <input type="checkbox"/> Inexistante <input type="checkbox"/> Pas d'avis </p> <p>7 - Comment décrieriez-vous la communication au sein des urgences au GHdC ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Optimale <input type="checkbox"/> Perfectible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Défectueuse <input type="checkbox"/> Inexistante <input type="checkbox"/> Pas d'avis </p> <p>8 - Trouvez-vous que la communication est meilleure qu'à votre arrivée dans l'entreprise ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Oui, c'est mieux <input type="checkbox"/> Non, rien n'a changé <input type="checkbox"/> Pas d'avis </p>
Accès à l'information	<p>9 - Trouvez-vous que vous avez facilement accès aux informations communiquées ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, pourquoi ? </p> <p>10 - Savez-vous où trouver l'information ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non </p> <p>11 - Sur quel support avez-vous accès aux informations ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Intranet via l'onglet urgences <input type="checkbox"/> Confluence <input type="checkbox"/> La Webmail GHdC (Flash Info, les mails des ICUS...) <input type="checkbox"/> Aucun, je n'ai pas accès aux informations du GHdC <input type="checkbox"/> Autres : </p> <p>12 - Aimeriez-vous avoir accès à ces informations à la maison ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non </p>

	<p>13 - Vers qui vous tournez vous quand vous ne trouvez pas l'information voulue ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chef / hiérarchie <input type="checkbox"/> Collègue <input type="checkbox"/> Repli sur soi <input type="checkbox"/> Autre :
Type de communication	<p>14 - Quel type de communication préférez-vous ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Orale via la hiérarchie (chef de service, infirmier chef...) <input type="checkbox"/> Orale via les collègues <input type="checkbox"/> Ecrite via des panneaux d'affichage <input type="checkbox"/> Ecrite via les mails sur boîte professionnelle <input type="checkbox"/> Ecrite via les mails sur boîte personnelle <input type="checkbox"/> Autre : <p>15 - Vous sentez vous libre de vous exprimer ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Moyen de communication	<p>16 - Savez-vous comment faire remonter les informations que vous trouvez importante ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui, comment ? : <input type="checkbox"/> Non <p>17 - Quel média utilisez-vous pour vous informer ? (plusieurs réponses possibles)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conversation orale officieuse avec votre chef <input type="checkbox"/> Note de service papier <input type="checkbox"/> Note de service informatique <input type="checkbox"/> Mail professionnel <input type="checkbox"/> Plateforme Intranet <input type="checkbox"/> Plateforme Confluence <input type="checkbox"/> Bouche à oreille (collègue, rumeur...) <input type="checkbox"/> Autres :
Communication orale	<p>18 - A quand remonte la dernière réunion de service qui a été organisée sur votre site ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un mois <input type="checkbox"/> Moins de six mois <input type="checkbox"/> Un an

	<p><input type="checkbox"/> Plus d'un an</p> <p>19 - Avez-vous pour habitude de participer à ces réunions de service ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, pourquoi ?</p> <p>20 - Trouvez-vous que ces réunions de service sont utiles ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pourquoi ?</p> <p>21 - Avez-vous des retours écrits de ces réunions de service ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>22 - Trouvez-vous utile d'avoir des retours écrits de ces réunions ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>23 - Au niveau de la communication orale, qui vous apporte le plus d'information ?</p> <p><input type="checkbox"/> Chef / hiérarchie <input type="checkbox"/> Collègues <input type="checkbox"/> Les syndicats <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>24 - Pensez-vous qu'il y ait assez d'entretiens avec vos supérieurs hiérarchiques ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si non, de quoi aimeriez-vous discuter ?</p>
Outil informatique	<p>25 - Êtes-vous familier avec l'informatique ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

	<p>26 - Où utilisez-vous internet le plus souvent</p> <p><input type="checkbox"/> A la maison</p> <p><input type="checkbox"/> Au travail</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>27 - Quel moyen technologique utilisez-vous le plus souvent pour avoir accès à internet ?</p> <p><input type="checkbox"/> Votre téléphone portable</p> <p><input type="checkbox"/> Votre tablette</p> <p><input type="checkbox"/> L'ordinateur du GHdC</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>28 - Avez-vous un accès internet au GHdC ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>29 - Utilisez-vous votre accès Intranet à la maison ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
Communication écrite	<p>30 - Lisez-vous les panneaux d'affichages disséminés au sein des urgences ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si non pourquoi ?</p> <p>31 - Si oui quelle est la fréquence à laquelle vous lisez ces panneaux ?</p> <p><input type="checkbox"/> Tous les jours</p> <p><input type="checkbox"/> Toutes les semaines</p> <p><input type="checkbox"/> Tous les mois</p> <p><input type="checkbox"/> Quand vous entendez parler de nouveauté au sein du service</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>32 - Selon vous, les notes de services sont-elles claires ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>33 - Les notes de service sont-elles attractives, donnent-elles envie qu'on les lise ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>

	<p>34 - Connaissez-vous l'emplacement des panneaux d'affichage ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>35 - Selon vous, ces emplacements sont-ils judicieux ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
Communication de crise	<p>36 - Connaissez-vous les différents moyens de communiquer un problème, un incident au travail ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels : <input type="checkbox"/> Non</p> <p>37 - Lorsque vous avez un problème, vers qui vous retournez vous ? et comment ?</p> <p><input type="checkbox"/> Chef / hiérarchie moyen : <input type="checkbox"/> Collègue <input type="checkbox"/> Repli sur soi <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>Depuis le début de la crise sanitaire liée au COVID-19 ,</p> <p>38- Selon vous, la communication est-elle :</p> <p><input type="checkbox"/> Meilleure <input type="checkbox"/> Inchangée <input type="checkbox"/> Moins bonne <input type="checkbox"/> Inexistante, le lien est rompu</p> <p>39 - Utilisez-vous plus les plateformes de communication telles que :</p> <p><input type="checkbox"/> La boîte mail <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Intranet - Onglet urgences <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Confluence</p>

	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--

D. Questionnaires groupe E

Ce questionnaire est destiné à comprendre les besoins en communication d'une unité de soins aigus qui fonctionne en multi-site. Cet outil réflexif permettra de sonder les collaborateurs qui ont une information à transmettre afin de déterminer les moyens de communication plébiscités qui entreront dans un plan de communication plus large.

Nous vous remercions d'avoir accepté de le compléter.

Généralités	<p>1. Quelle est votre profession</p> <input type="checkbox"/> Corps médical <input type="checkbox"/> Corps infirmier <input type="checkbox"/> Corps administratif
	<p>2. Depuis combien de temps travaillez-vous dans l'institution ?</p> <input type="checkbox"/> Moins de 2 ans <input type="checkbox"/> Entre 2 et 5 ans <input type="checkbox"/> Entre 5 et 10 ans <input type="checkbox"/> Entre 10 et 20 ans <input type="checkbox"/> Plus de 20 ans
	<p>3. 4 - Êtes-vous</p> <input type="checkbox"/> Une femme <input type="checkbox"/> Un homme`
À propos de la communication	<p>4. La communication interne est-elle une notion que vous appréhendez aisément ?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<p>5. Avez-vous reçu une formation sur la communication ?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

À propos de la communication	<p>6. Des démarches de sensibilisation du personnel encadrant ont-elles été mises en place au sein de l'hôpital ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>7. Selon vous, quels sont les objectifs essentiels qu'une communication interne devrait viser ? (Veuillez cocher les choix possibles et identifier à l'aide d'un classement (1,2,3) les 3 objectifs qui sont selon vous indispensables).</p>		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">- Éviter et prévenir les conflits sociaux.</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	- Éviter et prévenir les conflits sociaux.	
	- Éviter et prévenir les conflits sociaux.		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">- Décloisonner les services.</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	- Décloisonner les services.	
	- Décloisonner les services.		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">- Éviter les rumeurs.</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	- Éviter les rumeurs.	
	- Éviter les rumeurs.		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">- Développer un sentiment d'appartenance, une identité commune.</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	- Développer un sentiment d'appartenance, une identité commune.	
	- Développer un sentiment d'appartenance, une identité commune.		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">- Préparer le personnel au changement.</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	- Préparer le personnel au changement.	
	- Préparer le personnel au changement.		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">- Informer avant les syndicats.</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	- Informer avant les syndicats.	
	- Informer avant les syndicats.		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">- Mobiliser et dynamiser le personnel</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	- Mobiliser et dynamiser le personnel	
	- Mobiliser et dynamiser le personnel		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">- Favoriser les initiatives.</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	- Favoriser les initiatives.		
- Favoriser les initiatives.			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">- Favoriser l'expression du personnel.</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	- Favoriser l'expression du personnel.		
- Favoriser l'expression du personnel.			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">- Expliquer les décisions et les choix stratégiques et organisationnels.</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	- Expliquer les décisions et les choix stratégiques et organisationnels.		
- Expliquer les décisions et les choix stratégiques et organisationnels.			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">- Aider l'encadrement à faire circuler l'information.</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	- Aider l'encadrement à faire circuler l'information.		
- Aider l'encadrement à faire circuler l'information.			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">- Répondre aux besoins d'information du personnel.</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	- Répondre aux besoins d'information du personnel.		
- Répondre aux besoins d'information du personnel.			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">- Établir une bonne ambiance de travail.</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	- Établir une bonne ambiance de travail.		
- Établir une bonne ambiance de travail.			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">- Donner une cohérence à la stratégie globale de communication.</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	- Donner une cohérence à la stratégie globale de communication.		
- Donner une cohérence à la stratégie globale de communication.			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">- Développer le respect de l'autre.</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	- Développer le respect de l'autre.		
- Développer le respect de l'autre.			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">- Expliquer le fonctionnement de l'hôpital/du service.</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	- Expliquer le fonctionnement de l'hôpital/du service.		
- Expliquer le fonctionnement de l'hôpital/du service.			
Moyens de communication utilisés	<p>8. Quels sont les moyens de communication interne que vous utilisez ?</p> <p><input type="checkbox"/></p>		

	<p>9. Existe-t-il des plans de communication internes spécifiques à un domaine donné ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ; Par qui sont-ils établis ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Les utilisez-vous ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non ; pourquoi ?</p> <p>10. Évaluez-vous systématiquement vos actions ou outils de communication ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non ; pourquoi ?</p> <p>11. Pensez-vous qu'il y ait assez d'entretiens individuels avec les membres de vos équipes ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si non, de quoi aimeriez-vous discuter avec eux ?</p> <p>12. D'une manière générale, diriez-vous que la communication au sein de l'unité est :</p> <p><input type="checkbox"/> Très satisfaisante</p> <p><input type="checkbox"/> Assez satisfaisante</p> <p><input type="checkbox"/> Peu satisfaisante</p> <p><input type="checkbox"/> Pas du tout satisfaisante</p>
<p>Moyens de communication plébiscité.</p>	<p>13. Selon vous, quel(s) moyen(s) de communication serai(en)t à développer pour une bonne communication en multi-site ?</p> <p><input type="checkbox"/> Mailing professionnel</p> <p><input type="checkbox"/> Intranet / Confluence</p> <p><input type="checkbox"/> Réunion de service</p> <p><input type="checkbox"/> Mini-vidéo de présentation</p> <p><input type="checkbox"/> Autres :</p>

RÉPERTOIRE DES TABLEAUX ET FIGURES :

Les tableaux :

Tableau 1 : Relation entre les moyens de communication utilisés et les moyens plébiscités dans le groupe R.

Tableau 2 : Relation entre les moyens de communication utilisés et les moyens plébiscités dans le groupe E.

Tableau 3 : Relation entre les moyens de communication selon les métiers dans le groupe E

Tableau 4 : Relation entre les corps de métier et les intervalles de temps depuis la dernière réunion organisée

Tableau 5 : La notion de communication selon le groupe E (formation et évaluation)

Les figures :

Figure 1 : Prisma Flow Chart concernant la récolte des questionnaires des groupe R et E, ainsi que le taux de participation par groupe et par fonction.

Figure 2 : Graphique représentant la satisfaction de la communication des groupe R et E.

Figure 3 : Caractéristiques des réunions de service du groupe R.

Figure 4 : Caractéristiques des entretiens personnels du groupe R.

Figure 5 : Caractéristiques des entretiens personnels du groupe E.

Figure 6 : Caractéristique de l'affichage du groupe R.

Figure 7 : Les objectifs de communication selon le groupe E.

BIBLIOGRAPHIE

AUTISSIER D., *L'importance du changement*, module de cours n°1 pour la Chaire Essec du changement (2017).

AUTISSIER D., *Le pilotage du changement*, module de cours n°15 pour la Chaire Essec du changement (2017).

AUTISSIER D., MOUTOT JM. (2013) *Méthodes de conduite du changement, diagnostic, accompagnement, pilotage*. 3^e éd., Paris : Dunod. 252p.

BARRY E., BADER-LARSEN K., MEYER H., DURNING S., VARPIO L. (2021). Leadership and followership in Military Interprofessional Health Care Teams, *Military Médecine* (186), 3-7.

BEATE A., SIGRUN A., FRIGSTAD R., TORUNN H., ENDRE S. (2016) Exploring nursing staffs communication in stressfull and non-stressfull situations, *Journal of nursing management* (24), 174-182.

Belgique, Gouvernement Wallon, 1998, *Arrêté Royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée*, [en ligne], 27/04/1998. [consulté le 17/03/22] , disponible sur le portail Wallex : <https://wallex.wallonie.be/eli/arrrete/1998/04/27/1998022353/1998/12/01?doc=8710&rev=7842-2510&from=rss>

BOURGEOIS A., MAZY C. (2021) *Est-ce qu'une application mobile d'aide au tri pour un service d'urgence apporte une valeur ajoutée à l'expérience patient et au processus de soin?* Mémoire de master en sciences de la santé publique, Université catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.

BOZARTH J. (2021) *Étude 2021 sur la consommation vidéo : Vidéos didactiques et informatives : pourquoi le public clique, puis poursuit ou interrompt la lecture ?* Disponible sur le site Web de TechSmith® : <https://assets.techsmith.com/docs/video-viewer-study-2021-report-fr.pdf> consulté le 4/05/22.

CHU Tivoli, (2022), Service de communication, disponible à l'adresse : <http://www.chu-tivoli.be/services/communication/>, consulté le 17/03/22.

CEZANNE C., LOUFRANI-FEDIDA S., SAGLIETTO L., LUU P. (2019) L'influence de la communication interne d'entreprise sur l'engagement des salariés au travail : les apports de l'enquête REPONSE 2011, [version électronique], *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 4(114), 31-51. Disponible sur le site Web de HAL sciences ouvertes : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02552110> , consulté le 5/03/22.

CIMAROLLI VR, BRYANT NS, FALZARANO F, STONE R. (2022) Job Resignation in Nursing Homes During the COVID-19 Pandemic: The Role of Quality of Employer Communication. [version électronique] *Journal of Applied Gerontology*. 41(1), 12-21.

Disponible sur le site Web du Sage journals : <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/07334648211040509> , consulté le 5/03/22.

CORFA A. (2021) *5 moyens d'utiliser l'affichage pour améliorer la communication interne de votre entreprise* Disponible sur le site Web mRHq, replacer l'humain au cœur des organisation : <https://www.mrhq.fr/utiliser-affichage-ameliorer-communication-interne/> consulté le 04/05/22

DURABLE (2019) *Affichage un outil puissant de votre communication d'entreprise*, disponible sur le site Web de Durable, the style of success : <https://www.duraframe-porte-affiche.com/blog/affichage-un-outil-puissant-de-votre-communication-entreprise/> consulté le 04/05/22

DUMAS M., DOUGUET F., FAHMI Y. (2016) Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait une équipe ? *Revue interdisciplinaire management, Homme et Entreprise*, 5(20), 45-67.

FROMENT Y. (2012) Diaporama : étude communication interne, Disponible sur le site Web du Cabinet Occurrence : <https://fr.slideshare.net/capcom/gf2-communication-interne-un-mtier-des-agents-y-froment> consulté le 5/3/22

FISHERMAN L. (2018) *Enquête de satisfaction sur la communication interne*. Disponible sur le site Web de Academia.eu : https://www.academia.edu/31969534/Enquête_de_satisfaction_sur_la_communication_interne consulté le 5/3/22

HABEREY-KNUESSI V., HEBB JL., MORGAN DE PAULA E. (2013) L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, 115 , 8-18.

Javelo (2021) *Quelles obligations légales pour l'entretiens professionnel ?* Disponible sur le site Web Javelo, plateforme professionnelle d'aide à l'évaluation des équipes : <https://javelo.io/fr/blog/entretien-professionnel-partie-1-quelles-sont-les-obligations-legales-a-respecter/> consulté le 4/5/22

JUIGNET (2015) Edgar Morin et la complexité. Disponible sur le site Web de Philosophie, science et société : <https://philosciences.com/17> consulté le 11/05/22.

Larousse (2022) Hôpital. Disponible sur le site Web de Larousse, dictionnaire en ligne: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hopital/40365> consulté le 17/3/22.

LEHMANN N., MOTULSKY B. (2013) *Communication et grands projets, les nouveaux défis*, Québec : Presses de l'Université du Québec, 304p.

LEMANDE M., RUKHOLM E., BAILEY P., KAMINSKI V., MAC GURR M., MAC LELLAN B., PONG R. (2003) Fusion des établissements hospitaliers au Nord Est de l'Ontario : Quel espace pour la parole infirmière ? *Revue d'intervention sociale et communautaire*. 9(1) 80-109.

LETHIELLIEUX L., ANDRE C. (2019) Les enjeux de la mise à disposition des salariés des Groupements d'employeurs pour les TPE/PME. *Association de gestion des ressources humaines*, 33, 149-169.

LIBAERT T. (2017) *Le plan de communication, définir et organiser votre stratégie de communication*, 5^e éd., Malakoff : Dunod, 320p.

LOHISSE J., *La communication, de la transmission à la relation*. Culture et communication, 4^e éd. Bruxelles : De Boeck, Bruxelles.

MAETVA (2022) *Les seniors et le digital en 2022 : décryptage d'une tendance*, disponible sur le site Web de Maetva : <https://www.maetva.com/seniors-digital-decryptage-tendance> , consulté le 04/05/22

MAETVA (2020) *Senior marketing : décryptage de la cible 50 ans*, disponible sur le site Web de Maetva : <https://www.maetva.com/senior-marketing-cible-50-ans-decryptage> consulté le 04/05/22

MEDEF, *Guide pratique : La bonne utilisation de l'e-mail en entreprise*, disponible sur le site Web du Medef : <file:///C:/Users/TACA40~1/AppData/Local/Temp/Dossier%20Complet.pdf> consulté le 04/05/2022.

MEDINA P. (2018) L'impact des réseaux sociaux sur la gestion professionnelle de la communication hospitalière au Royaume Uni, *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, 11, 13-25.

MONCET M.C. (2013) *Gestion des ressources humaines, fonction cadre de santé : Conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant*. Paris : Lamarre. 169p.

ORSE, Observatoire sur la Responsabilité des entreprises (2011) *Pour un meilleur usage de la messagerie électronique dans les entreprises*, disponible sur le site Web de l'ORSE : file:///C:/Users/TACA40~1/AppData/Local/Temp/guide_1d24459bccef8a4114cdd4bf6e78853b_pdf.pdf consulté le 04/05/22.

PACCIOLI (2021), *L'auto-évaluation professionnelle est-elle vraiment utile et pertinente ?*, [version électronique]. Disponible sur le site Web du magazine des fonctions RH et administratives: <https://www.lucca.fr/magazine/ressources-humaines/performance/auto-evaluation-utile-ou-non> , consulté le 25/04/22.

QUILLIOU-RIOUAL M., QUILLIOU-RIOUAL M. (2020) *Communication professionnelle et travail en équipe pluridisciplinaire en ESSMS*. 3^e éd. Paris : Dunod. 447p.

ROBBINS S., JUDGE T., TRAN V. (2015) *Comportements organisationnels*. 16^e éd. Paris: Pearson. 686p.

ROUX-DUFORT C. (2003) *Gérer et décider en situation de crise, outils diagnostic, de prévention et de décision* 2^e éd., Paris : Dunod 243p.

SAINSAULIEU I. (2017) *Conflits et résistances au travail*. Paris : Presses Sciences Politiques 192p.

SAINSAULIEU R. (1999) L'identité au travail d'hier et d'aujourd'hui, *Développements*, 19, 3-14.

SPF Personnel et Organisation (2013) *Cycle d'évaluation : Mener à bien ses entretiens*, disponible sur le site Web du SPF personnel et organisation : <https://fedweb.belgium.be/sites/default/files/downloads/Cycle%20Evaluation%20Mener%20à%20bien...%20Chef.pdf> consulté le 4/05/22

SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (2016) *Hôpitaux généraux*, disponible sur le site Web du SPF santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement : <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/soins-de-sante-transfrontaliers/normes-0> consulté le 17/03/22

SCHARNITZKY P. (2021) *Être soi en entreprise, Estime, confiance, engagement et reconnaissance*. Bruxelles : Mardaga. 208p.

TOME JF. (1994), Les enjeux de la communication à l'hôpital, *Communication et organisation* (1), 1-7.

Wal Stats, *Charleroi, arrondissement INS 5200*. Disponible sur le site Web de Wal Stats - Le portail d'informations statistiques locales sur la Wallonie : https://walstat.iweps.be/walstat-fiche-entite.php?entite_id=52000 , consulté le 19/03/22.

ZOLEZZI C. (2015) *Tout savoir sur la fusion hospitalière*. Rennes : Presses de l'école des hautes études en santé publique, Rennes. 175p.

