

# Communiquer efficacement

## MODELE Fiche Paramédicale

### Contexte

- Les erreurs sont fréquentes et sont une cause de mortalité non négligeable<sup>1</sup> à l'hôpital
- Les erreurs médicales sont en grande majorité liées à des problèmes de communication<sup>2</sup>
- Les conflits au sein des équipes sont pour beaucoup liés à un manque de communication<sup>3</sup>
- Ces conflits sont source de burn-out pour les soignants<sup>4,5</sup>
- Améliorer la communication en réanimation est donc un enjeu majeur tant pour la qualité des soins que pour la qualité de vie au travail de tous les soignants.

### Mise en œuvre pratique

Améliorer la communication nécessite d'agir sur trois dimensions :

- 1) Respecter les règles élémentaires de communication**
- 2) Utiliser des outils adaptés pour faciliter la bonne transmission des informations clefs**
- 3) Mettre les formes afin de favoriser la sécurité psychologique de tous**

#### **A. Règles élémentaires de communication :**

##### **a) Communiquer en boucle fermée**

---

<sup>1</sup> Makary, M.A. & Daniel, M. (2016) Medical error—the third leading cause of death in the US

*BMJ* 2016; 353 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>

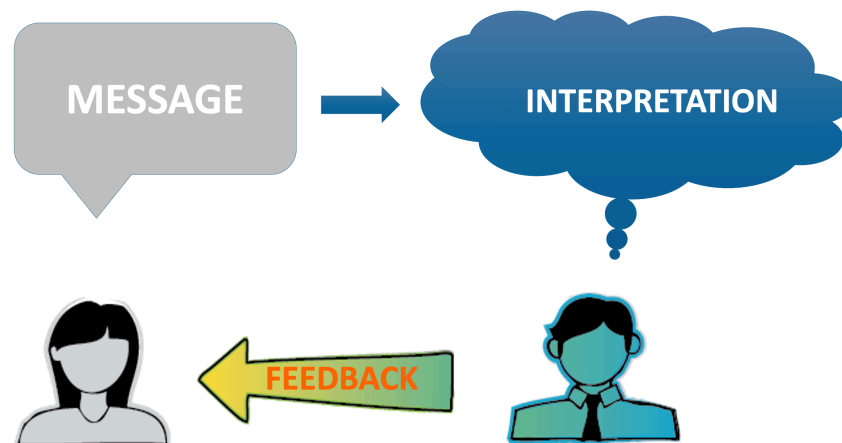
<sup>2</sup> Murphy, J.G. & Dunn, W.F. (2010) Medical Errors and Poor Communication. *Chest*, Volume 138, Issue 6, p.1292-1293, <https://doi.org/10.1378/chest.10-2263>

<sup>3</sup> Poncet, M.C. & al. (2007) Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 175. pp 698–704, DOI: 10.1164/rccm.200606-806OC

<sup>4</sup> Poncet, M.C. & al. (2007) Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 175. pp 698–704, DOI: 10.1164/rccm.200606-806OC

<sup>5</sup> Embriaco, N. & al. (2007) High Level of Burnout in Intensivists. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 175. pp 686–692, DOI: 10.1164/rccm.200608-1184OC

- Bien communiquer c'est ne pas **négliger l'importance du feedback** permettant d'assurer que le message reçu est fidèle au message envoyé :



#### b) Communiquer précisément :

- **Utiliser systématiquement les unités (ml, mg, etc.)**
- **S'exprimer clairement** : pas de sous-entendus, ne jamais supposer que l'autre sait de quoi on parle
- **Utiliser des verbes précis** : ex : « prépare » ou « injecte » plutôt que « fais » qui peut se rapporter à ces deux actions
- **Être concis** : aller droit au but

#### **B. Outils de communication :**

- Utiliser les **checklists** existantes de façon systématique (ouverture d'une chambre, intubation, ...)
- **Définir en équipe des objectifs quotidiens<sup>6</sup>** pour chaque patient : Tâches à accomplir et priorisation, plan de soin de jour, plan de communication (familles, patients, autres soignants), objectifs des différentes actions et objectif global à court et moyen termes.
- **Utiliser l'outil de communication SAED proposé par la H.A.S. :**

<sup>6</sup> Pronovost, P. & al. (2003) Improving communication in the ICU using daily goals. Journal of critical care, vol.18, N°2 (June) p.71-75



S

**Je décris la Situation actuelle concernant le patient :**

Je suis : *prénom, nom, fonction, service/unité*  
 Je vous appelle au sujet de : *M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité*  
 Car actuellement il présente : *motif de l'appel*  
 Ses constantes vitales/signes cliniques sont : *fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.*

A

**J'indique les antécédents utiles, liés au contexte actuel :**

Le patient a été admis : *date et motif de l'admission*  
 Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ...  
 Il a eu pendant le séjour : *opérations, investigations, etc.*  
 Les traitements en cours sont : ... Ses résultats d'examens sont : *labo, radio, etc.*  
 La situation habituelle du patient est : *confus, douloureux, etc.*  
 La situation actuelle a évolué depuis : *minutes, heures, jours*

E

**Je donne mon évaluation de l'état actuel du patient :**

Je pense que le problème est : ...  
 J'ai fait : *donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.*  
 Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave  
 Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet

D

**Je formule ma demande (d'avis, de décision, etc.) :**

Je souhaiterais que : ...  
 par exemple :  
 Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : *quand ?*  
 ET  
 Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : *quoiet quand ?*

**RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR :** il doit reformuler brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.

### C. Favoriser la sécurité psychologique :

Il est capital de **rendre possible une communication franche et libre :**

- Ne pas sous-estimer l'influence majeure de la **cordialité de base** sur la communication qui suivra : saluer, sourire, se présenter et faire les présentations, s'entraider, ne pas juger ni extrapoler à partir d'un événement isolé ;
- La sécurité psychologique est « **la conviction que personne ne sera puni ou humilié pour avoir exprimé des idées, des questions, des inquiétudes ou des erreurs.** »<sup>7</sup> La sécurité

<sup>7</sup> Edmondson A.C., The fearless organization, Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation and growth, Wiley 2019 ISBN 9781119477242

psychologique permet la franchise dans les échanges. Elle est favorisée par les éléments suivants :

### **1) Définir le travail et éviter la simplification**

- **Reconnaître la complexité de l'exercice en réanimation, accepter le risque d'erreur** inhérent à cet exercice complexe afin de pouvoir en aborder les solutions ;
- **Éviter les explications simplistes et le blâme** lorsqu'un problème apparaît mais s'intéresser aux écueils du système global, prendre conscience des éléments extérieurs pouvant influencer sur la sécurité (interruptions, alarmes, fatigue), savoir les reconnaître, les limiter, et ajuster sa vigilance en leur présence ;
- **Recentrer le travail quotidien sur l'objectif premier** et central - celui qui donne du sens à nos actions : soigner le patient.  
**Définir les objectifs du jour en les mettant clairement lien avec cet objectif ;**
- **S'assurer que les rôles de chacun soient correctement définis** et que les champs d'action et de responsabilité de chacun soient connus de tous (rôles en lien avec la profession, rôles partagés lors d'un acte de soin effectué en équipe (y compris dans la communication auprès des familles) ;
- **Définir un leader** dans les situations d'urgence ou actes de soins coordonnés -ex : mise en décubitus ventral.

### **2) Favoriser les échanges et la sincérité**

- "Questionner humblement" : **poser de vraies questions auxquelles on n'a pas la réponse plutôt que de chercher à valider une hypothèse.** Exprimer précisément pourquoi la participation de chacun compte ;
- **Rapporter les erreurs**, inviter à rapporter les erreurs, et valoriser lorsque cela est fait ;
- **Reconnaître ses propres limites**, accepter ses zones de faiblesse et d'ignorance, accepter que le travail en équipe consiste justement à assembler des zones d'expertises

différentes. Savoir dire sans honte « je ne sais pas », « j'ai besoin d'aide », « j'ai fait une erreur », « je ne sais pas faire X » ;

- A l'inverse, **autoriser les autres à reconnaître leurs zones de faiblesse et d'ignorance : Décomplexer** : “Tu es nouveau, tu ne sais peut-être pas...” ; valoriser les questions et la reconnaissance de ses limites, proposer son aide ;
- Reconnaître que **“la personne la plus expérimentée ou la plus haute dans la hiérarchie n'a pas nécessairement l'information la plus cruciale pour répondre à une situation de crise”**<sup>8</sup> ;
- **Embrasser les messagers** : Dire “Merci d'appeler !”, favoriser l'écoute bienveillante, prendre en compte les « presque accidents » et considérer les remises en question comme des filets de sécurité plutôt que comme des jugements personnels ;
- **Débriefer** les situations à optimiser mais également les situations qui se sont particulièrement bien passées ;
- **Les membres des équipes doivent être suffisamment à l'aise pour partager leurs doutes, leurs incertitudes, les informations qu'ils détiennent et les préoccupations qu'ils ont. Ce climat de confiance permettant d'améliorer la qualité des soins est de la responsabilité de chacun.**

Surveillance

Pièges à éviter / ne pas oublier

**A. Prendre conscience des biais cognitifs entrant en jeu dans la communication et la sécurité :**

Notamment :

---

<sup>8</sup> Becoming a high reliability organization : operational advice for hospital leaders (2008) AHRQ Publication n°08-0022

- « Minimiser le futur » : sous-estimer les conséquences à moyen/long termes (pour le patient par exemple) et surestimer les conséquences immédiates (se faire rabrouer pour avoir posé une question ou donné un conseil)
- « Le biais de confirmation » : nous fait ignorer les informations qui contredisent nos croyances initiales.

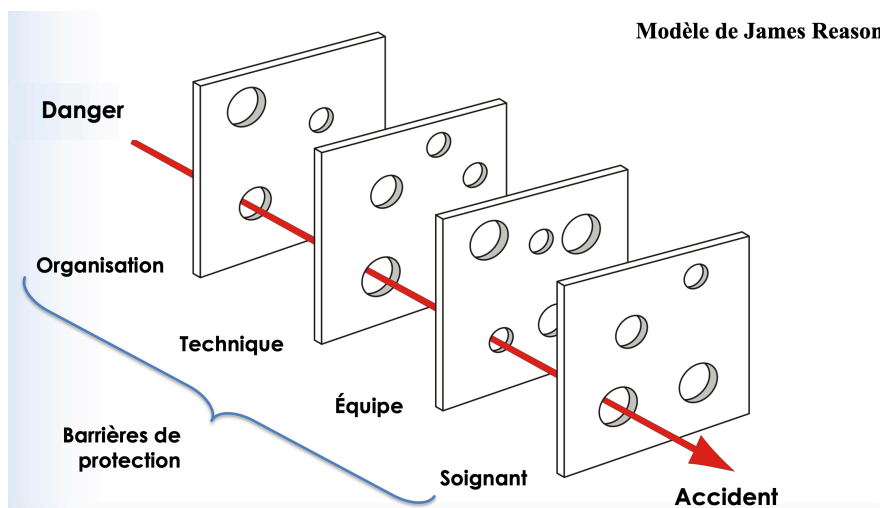
**B. Dans la gestion des événements indésirables, favoriser l'approche de système à l'approche personnelle<sup>9</sup> :**

L'approche personnelle :

- S'intéresse aux erreurs des individus
- Blâme l'inattention, la faiblesse morale

L'approche de système :

- S'intéresse aux conditions de travail
- S'attache à construire des défenses contre les erreurs à tous les niveaux
- Dans le cadre de la survenue d'un événement indésirable, s'intéresse à toutes les lacunes dans toutes les barrières de protection et non uniquement à la dernière : cf Modèle de James Reason ci-dessous



<sup>9</sup> Reason, J. (2000) Human error : models and management. BMJ Vol. 320

## Références

Citez maximum 3 références à connaître en priorité (pas obligatoire)

Les auteurs n'apparaîtront pas directement sur la fiche. Ils seront référencés dans l'application.