

## Communication avec les soignants et les familles

Delphine Garrigue Huet<sup>1,2</sup>, Christelle Rosenstrauch<sup>1</sup>, Dominique Carlier<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pôle de l'Urgence, CHU Lille, F-59000, Lille, France

<sup>2</sup> Pôle d'Anesthésie réanimation, CHU Lille, F-59000, Lille, France

**Correspondance** : Dr Delphine Garrigue Huet, Pôle de l'Urgence, Hôpital Roger Salengro, 59037 Lille Cedex. E-mail : [delphine.garrigue@chru-lille.fr](mailto:delphine.garrigue@chru-lille.fr)

### Points essentiels

- Une mauvaise communication entre les membres d'une équipe soignante peut être la cause directe d'évènements indésirables graves liés aux soins. Une communication efficace améliore la sécurité des patients.
- La communication dans l'équipe et auprès des proches s'apprend et doit être structurée.
- Deux modes de communication sont à intégrer : le verbal et le non verbal.
- Des outils comme les check-lists, un langage commun et concis, une écoute active, la reformulation... facilitent la communication.
- La communication permet de passer d'une équipe d'experts à une équipe experte.
- Dans le contexte d'urgence, la communication doit être orchestrée, rythmée par un chef d'équipe ou team leader.
- L'information au patient et aux proches est imposée par la loi.
- Communiquer aux proches aux urgences et dans l'urgence, c'est paradoxalement prendre son temps, car il n'y a pas d'urgence à dire afin de bien dire.

## Introduction

Partons du postulat de base : on ne peut pas ne pas communiquer. Communiquer : c'est être en relation, c'est mettre en commun. Les différents travaux de Bateson, et de Watzlawick, ont montré que la communication est définie et étudiée comme « un processus social permanent » [1,2]. Autre constat : les prises en charge aux urgences sont à chaque fois remarquables. En effet, malgré la rigueur des protocoles médicaux, les équipes, autant médicales que

paramédicales doivent s'adapter, non seulement, à la singularité du patient, à son environnement familial, mais aussi aux interrelations des personnels soignants. Dans ce contexte défini, interrogeons-nous sur : Comment dire, être, et transmettre en situation d'urgence, aux équipes et à la famille ?

## **I La communication dans l'équipe**

### ***Crew Ressource Management / Medical Team Training***

Suite à une catastrophe aérienne aux Canaries en 1977 où deux avions entrent en collision du fait d'une mauvaise communication entre membres d'équipage, les autorités imposent l'instauration de formations en Crew Ressource Management (CRM) dans toutes les compagnies aériennes. Ce nouvel outil se conçoit comme une façon d'être, de communiquer, d'écouter, pour optimiser les savoirs faire de chacun des membres d'un équipage. Le but est d'obtenir une synergie. Ainsi sans l'approche CRM, les qualités individuelles s'additionnent ( $1+1=2$ ) et avec l'approche CRM, les qualités individuelles se démultiplient ( $1+1=3$ ). Par transposition du Crew Ressource Management, la Haute Autorité de Santé (HAS) met en place en 2012 le Medical Team Training (MTT) dans les blocs opératoires afin d'améliorer la synergie des équipes et d'abaisser la mortalité postopératoire [3].

On sait depuis déjà plus de 10 ans, grâce au rapport de l'Académie de Médecine américaine «To err is Human», que les Événements indésirables associés aux Soins (EIAS) sont fréquents (8ème cause de décès aux USA) [4]. Les enquêtes françaises ENEIS de 2005 et 2009 ont mis également en évidence une fréquence stable d'environ 1 événement indésirable grave (EIG) tous les 5 jours par secteur de 30 lits ainsi que 4,5% des séjours en établissements de santé causés par un EIG. Enfin, une enquête menée par l'IRDES1 en 2011 estime à 700 millions d'euros, pour la seule année 2007, le coût des EIG en France [5].

### ***Programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE).***

En 2013, après analyse des causes de 28705 EIG en France sur deux ans, il ressort que 28,6 % sont directement liées à l'équipe. Parmi celles-ci, 35,67 % sont dues à des problèmes de communication entre professionnels, 14,51 % sont dues aux défauts de transmission ou d'alerte, environ 12 % respectivement à un souci de supervision, de transmission écrite et de répartition des tâches et enfin 8,5 % à une mauvaise communication avec le patient et son entourage [6]. Ainsi l'HAS développe le projet PACTE dont le but est de réduire à un niveau acceptable les risques d'EIAS [7]. Son enjeu principal est la sécurité des patients, ses enjeux secondaires sont d'améliorer la qualité de vie au travail et de renforcer le développement professionnel continu. Ses objectifs sont de définir une équipe efficace, de formaliser les méthodes et outils, de définir la participation du patient et ses modalités, d'évaluer l'efficacité d'une équipe afin de fournir un guide pédagogique et un dispositif d'évaluation d'une équipe. Projet expérimental avec une phase test en 2015 et une généralisation prévue en 2016, il s'attache à faire prendre conscience du facteur humain et rendre l'équipe plus efficace. Ses domaines d'action sont : la communication, le leadership, la culture sécurité, la gestion des compétences, les briefings, débriefings, etc.

## **Pourquoi la communication au sein d'une équipe aux urgences est-elle plus à risque ou plus difficile que dans une autre structure ?**

La diversité des patients aux urgences, autant en nombre qu'en pathologies, qu'en gravité, ainsi que la multiplicité des intervenants crée le quotidien des urgences. Ce sont autant de situations stressantes aussi différentes les unes que les autres. Ainsi, dans un contexte de non-programmation où la permanence des soins pose la règle de fonctionnement de ce système, une réactivité et une adaptabilité du personnel soignant sont nécessaires, et imposent une communication efficace pour une prise en charge optimale. Pourtant, communiquer dans ce contexte, repose sur des principes de communication qui structurent le système relationnel des urgences. L'objectif d'une communication efficace est d'obtenir une cohésion d'équipe afin que le cheminement diagnostique et thérapeutique soit performant.

### ***Le modèle heuristique.***

Sous la contrainte et l'incertitude, dans un temps imparti, les modèles décisionnels sont impossibles à appliquer. Le stress ayant un impact non négligeable dans ces contextes.

Par conséquent, décider dans un contexte d'urgence et dans des situations extrêmes relève à chaque fois du défi. La méthode heuristique de traitement de l'information fait appel à la créativité, à l'art d'inventer pour en réduire la complexité. Cette discipline qui se dégage des règles scientifiques permet alors une résolution de problèmes [8]. Le processus décisionnel ainsi défini permet de faire des liens entre le savoir et les idées, par élimination. L'approche en aigu d'un patient impose la prise de décision. Ainsi, au-delà des protocoles médicaux, la prise de décision dans ce contexte aigu s'inscrit dans une grille d'analyse heuristique. Dans tous les cas, la décision se prend dans un contexte de crise où l'homéostasie soignante se retrouve bousculée par ce type d'admission.

### ***Équipe ! Comment faire ?***

Pour être une équipe, il faut au minimum être deux, avec chacun un rôle défini, des compétences spécifiques, être complémentaire, coopérer, s'entraider et prendre des décisions pour atteindre un objectif commun, pour lequel, tous se sentent collectivement responsables. Les équipes soignantes sont habituellement organisées hiérarchiquement. Elles sont le plus souvent multidisciplinaires (différents métiers) parfois interdisciplinaires (différentes spécialités). Elles impliquent donc, pour être efficaces, une collaboration interprofessionnelle et une approche transdisciplinaire. Les caractéristiques d'une équipe efficace dépendent non seulement de sa structure organisationnelle (ressources suffisantes, compétences, rôles distincts, tâches précises, objectifs clairs, leadership convenable), d'une contribution individuelle (engagement, souplesse, confiance) mais aussi de son processus dynamique (coordination, cohésion, communication, prise de décisions) [9]. Les compétences techniques fournies individuellement par la maîtrise et le savoir de chacun, permettant un rendement dans les tâches à réaliser, vont devoir s'articuler aux compétences non techniques, afin qu'une alliance se crée et que l'équipe soit efficace dans les soins et la sécurité du patient [10]. La communication est un des piliers nécessaire pour initier et entretenir ce processus d'équipe. « L'enjeu est de passer d'une équipe d'expert à une équipe experte » [11,12].

Le cadre conceptuel de Salas établit cinq éléments de base de l'efficacité du travail d'équipe : leadership, orientation collective, surveillance réciproque du rendement, comportement de soutien et adaptabilité [13]. L'interaction entre ces cinq éléments laisse entendre que (1) le leadership influe directement sur l'orientation collective, la surveillance du rendement et le comportement de soutien; (2) l'orientation collective et le comportement de soutien influent sur la surveillance du rendement; (3) la surveillance du rendement et le comportement de soutien engendrent l'adaptabilité. Ces rapports sont favorisés par trois mécanismes de coordinations, les modèles mentaux communs, la communication en boucle fermée et la confiance mutuelle.

### ***Communication structurée : outil visant à améliorer le processus d'équipe***

L'admission d'un patient aux urgences, met en mouvement des équipes médicales et paramédicales. En un temps donné, des renseignements précis et complexes sont communiqués et exigent une réponse en temps opportun. L'omission de renseignements essentiels peut avoir des conséquences désastreuses, il est donc primordial de structurer l'échange. La qualité de l'information en dépend. Une telle structuration peut assurer la communication de bons renseignements, aux bonnes personnes et au bon moment. Il existe différentes techniques de communication structurée que les équipes soignantes peuvent utiliser.

#### *Briefing, check-list, anticipation...*

Préalablement à l'admission d'un patient au déchoquage, l'équipe est, le plus souvent, prévenue par un bilan du médecin régulateur au Samu. C'est alors que la communication débute au sein de l'équipe, cette « alerte » doit déclencher au sein du personnel un partage d'information, une proposition de démarche diagnostique et thérapeutique avec préparation du matériel et répartition des tâches. Cette anticipation permet de créer les relations sociales nécessaires aux interactions futures de l'équipe soignante. La HAS, avec les sociétés savantes et les organisations professionnelles travaillant au bloc opératoire, ont élaboré une check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » visant à améliorer le partage des informations et à réaliser une vérification croisée de critères considérés comme essentiels avant, pendant et après toute intervention chirurgicale. Rendue exigible en 2010, à travers la procédure de certification des établissements de santé, cette check-list largement utilisée dans les blocs opératoires a démontré son efficacité pour diminuer de manière significative la morbi-mortalité postopératoire [14]. Ces briefings ou séances d'informations permettent de donner un ton aux interactions au sein de l'équipe, d'initier une cohésion avec un objectif de soin commun, d'établir une prévisibilité et de cerner les étapes à risques.

#### *SAED*

L'outil SAED (Situation, Antécédent, Évaluation, Demande), technique de communication structurée, adaptation française de l'outil anglo-saxon SBAR (*Situation Background Assessment Recommendation*) a été élaboré, dans le but de faciliter la communication entre les membres d'une équipe: « Le processus SAED se compose de plusieurs courtes étapes standardisées qui aident le professionnel à prévoir les informations requises pour permettre

une communication de qualité avec son interlocuteur à propos de la prise en charge d'un patient» [15]. Les processus se déroulent de la manière suivante : déterminer le contexte de la situation sur des faits objectifs, rechercher les antécédents par la collecte au préalable des informations, évaluer le patient (constantes vitales, signes cliniques, raison de la préoccupation) en des termes précis et clairs, demander d'une manière précise les attentes à son interlocuteur dans un temps donné et faire des transmissions ciblées. Utilisée fréquemment lors d'un transfert d'un patient cette méthode a été utilisée dans un service d'urgence [16]. Son utilisation a permis une diminution des incidents touchant la sécurité du patient [17].

#### *Langage assertif ou 5-Step advocacy*

Du fait d'une hiérarchisation importante des structures de soin, l'alerte par une infirmière ou un interne à son « supérieur » nécessite un certain degré d'assertivité et de politesse pour assurer la sécurité d'un patient. L'assertivité efficace est exercée de façon plaisante, avec persévérance, en temps opportun et de façon claire, pour offrir des solutions aux problèmes présentés. Le plus souvent en cinq étapes, elle a été décrite initialement dans l'aviation. Le but est de faire progresser la communication afin de la faire passer de l'expression d'une préoccupation à une confirmation d'une action : (1) attirer l'attention : « Pardon, quel est l'objectif de pression artérielle moyenne (PAM) pour ce patient ?... » ; (2) Exprimer : « la PAM est inférieure ... » ; (3) Proposer : « Dois-je préparer de la noradrénaline ? ... » ; (4) Décider : « je prépare de la noradrénaline à 0,5 mg/ml ... » ; (5) Confirmer : « Êtes-vous d'accord ?... »

#### *Langage commun*

La maxime : parler peu, mais parler bien, permet d'optimiser la communication. L'utilisation d'un langage commun, compris et utilisé par tous les acteurs de soin assure la cohérence, l'exhaustivité et la qualité de la communication. Déjà très spécialisé dans notre monde médical et souvent réduit à des abréviations : TC, TS, PA ..., notre langage médical peut être confondu en interdisciplinaire. Par exemple TS veut dire, tentative de suicide ou temps de saignement ? SAP ou SE, seringue auto pulsée ou électrique ? EMG, équipe mobile de gériatrie ou électromyogramme ? Dans le même cadre, il a été démontré qu'un langage trop familier pouvait nuire à la prise en charge des patients [18].

#### *Communication en boucle fermée*

L'expéditeur énonce l'information ; le destinataire confirme que l'information a été entendue et en répète le contenu, enfin l'expéditeur confirme que l'information reçue a été la bonne ou corrige celle-ci. Par exemple, le médecin dit « Préparez de la noradrénaline... », l'infirmier répond « je prépare de la noradrénaline à 0,5mg/ml. », le médecin confirme « OK ». Ce type de communication structurée améliore la fiabilité de la communication.

#### *Écoute active*

Essentielle à la communication, l'écoute active consiste à garder un contact visuel, à surveiller le langage corporel et à écouter tout le message sans préparer de réponse pendant

que la personne continue à parler. Enfin l'écoute active consiste aussi à répéter l'information pour en confirmer la compréhension.

### ***Trauma/ Team-leader ou chef d'équipe.***

L'objectif de soins sécurisés au patient impose donc une communication optimale pour une équipe experte. Néanmoins, un membre de l'équipe doit être le leader. Le trauma leader doit avoir de l'expérience, la connaissance de la pathologie, communiquer clairement et rallier la confiance afin de diriger et de coordonner les rôles et tâches des autres membres de l'équipe.

Cet arc décisionnel impose un team leader qui a non seulement l'expérience et la connaissance des pathologies, mais aussi la confiance de son équipe. Hjortdahl souligne : *If you want to go fast, go alone, If you want to go far, go together*. La cohésion d'une équipe autour d'un team leader est nécessaire dans l'approche des patients et permet une diminution du taux de mortalité dans les services de traumatologie [19,20].

Communiquer aux équipes dans ce contexte d'urgence peut se résumer par : désigner un team leader, envoyer des messages clairs, vérifier qu'ils soient compris par une répétition, et se placer en position méta soit « prendre de la hauteur » et par conséquent, réfléchir autrement. Ces processus organisationnels se croisent dans une temporalité incompressible avec pour seul objectif : la mise en commun des compétences afin d'amener à une synergie des outils dans l'intérêt du patient.

## **II Communication avec les proches**

Si, se parler entre membres d'une équipe est indispensable à la bonne marche d'un service, parler au patient et à sa famille est imposé par la loi (Article L1111-2, Article R4127-35). En effet, le cadre de diffusion d'une information au patient et à sa famille, est légiféré : non seulement toute personne doit être informée sur son état de santé, mais l'information donnée se doit d'être claire, loyale et appropriée. Le médecin doit s'assurer que l'information a été comprise. Depuis le 4 mars 2002, le statut de « personne de confiance » permet qu'un parent, qu'un proche, ou un médecin traitant soit consulté pour une décision médicale, en représentation légale de toute personne qu'il aura désignée par écrit (Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé Art.L.1111-6). In fact, la famille s'inscrit dans une continuité du patient instaurant une globalité de prise en charge. La personnalité du patient, mais aussi sa bonne compréhension, ainsi que celle de sa famille, doivent être prises en compte dans la démarche d'annonce.

### ***Définition d'une famille, notion de proches***

Aller à la rencontre d'une famille est, à chaque fois, une prise de risque pour le soignant. Il doit ouvrir son système médical pour faire entrer de nouveaux protagonistes pour lesquels il n'a que des données succinctes : contexte de l'admission, liens de parenté... Il est difficile aujourd'hui de donner une définition exacte de la famille ; elle peut être nucléaire (père/mère/enfants), élargie (grands parents, cousins, oncles...), recomposée, de cœur... Reste

qu'une famille n'est pas un simple groupe de personnes réuni pendant un temps donné ; la notion de proches est incluse dans la loi. Le fonctionnement d'une famille est régi par des principes directeurs c'est-à-dire des comportements et des relations organisées, répétées et signifiantes. [21]. Ainsi, chaque famille a sa manière de communiquer et d'exprimer ses sentiments. Une famille a ses règles de fonctionnement, ses codes, ses liens d'appartenances et de filiations, mais aussi ses croyances, sa manière d'être et de se présenter où chacun de ses membres a une place et un rôle. Par exemple, la place d'un époux par rapport à une patiente n'est pas la même que celle de son enfant ou de son parent tant au niveau de son histoire qu'au niveau affectif, que dans la construction même du lien. Parler à une famille n'est pas parler à sa propre famille. Par exemple, le patient de 80 ans admis dans un état grave au-delà de toutes ressources thérapeutiques, peut-être pour sa famille, un patriarche, être celui qui cimenter les liens familiaux ou à l'inverse être le vieux monsieur placé en maison de retraite et que l'on voit une fois par an. Son hospitalisation brutale peut entraîner une perte de repères et de places pour chacun de ses membres. Aller à la rencontre d'une famille, c'est tenir compte de ces processus relationnels dynamiques si particuliers à chaque famille.

La réponse des familles : le stress, l'angoisse, l'impuissance, mais aussi les ressentis de culpabilité ou d'indifférence sont entre autres, autant de réactions qui régissent et impactent la communication. C'est à la croisée de ces différents systèmes et processus dynamiques que le système soignant rencontre la famille et doit s'adapter pour communiquer efficacement. Il nous faudra acquérir un savoir-être, savoir dire, et savoir-faire.

### *Savoir-être*

La rencontre des systèmes croisés, médecin/équipe/patient/famille, impose une communication structurée qui suit les mêmes fondamentaux que la communication dans l'équipe soignante, avec pour difficultés supplémentaires un interlocuteur, la famille, dont le mode de fonctionnement est inconnu et variable. E. Azoulay a mis en évidence, à travers de nombreuses études, combien la qualité de la communication, entre les soignants et la famille du patient hospitalisé en réanimation, est fondamentale aux soins et à l'intérêt même du patient. Ses travaux ont mis en exergue une stratégie de la communication et d'information, recommandée par la SRLF depuis, et déclinée comme suit : temps de disponibilité des équipes, équipe structurée et visible, rencontre systématique des familles, livret d'accueil, salle d'information dédiée, entretiens réguliers, informations pédagogique et adaptée, vérification de la compréhension [22].

### *Communication verbale et analogique*

Le « comment dire » est intrinsèquement lié au « comment être » ! La communication non verbale exprime à notre insu nos émotions et nos sentiments. Si le rire et les pleurs sont les manifestations verbales les plus universelles, reste que leurs expressions sont interprétées en fonction du contexte socio culturel. Des études ont montré que ce langage analogique supplante le langage verbal lors d'échanges. Des travaux ont mis l'accent sur la proxémie ; concept définissant la distance spatiale entre les interlocuteurs [23]. Ainsi, notre façon d'occuper l'espace et de se positionner lors d'une conversation, est un indicateur émotionnel. Par exemple, la distance, dans un entretien, que l'on va mettre avec notre interlocuteur,

illustre le lien à l'autre et est significative du respect, de l'intimité, de la tristesse voire de l'agressivité... Si certaines familles sont plus tactiles que d'autres et recherchent le contact physique, d'autres, au contraire, se sentiraient agressées. Les soignants doivent s'adapter à ce mode corporel relationnel spécifique.

Tout acteur du système soignant donne des informations lors d'un entretien, mais en reçoit aussi. La communication analogique soit la manière dont on va entrer dans une pièce, serrer les mains, se présenter, s'asseoir, et à côté de qui, ou même rester debout, regarder nos interlocuteurs, avoir une gestuelle, mais aussi la manière dont on va parler, avec un accent ou une certaine intonation de voix, puis se taire, va être prise en considération corporellement, parfois de manière non consciente et transmettre, malgré nous, des messages sur nous. Ainsi, sans même avoir parlé, des informations ont déjà été transmises par chaque acteur des systèmes présents. Par exemple, ne pas regarder les proches dans les yeux, rester debout si les proches sont assis, croiser les bras, renseigner dans un couloir, accrocher naturellement notre regard à celui qui fait le plus de bruit ou qui prend le plus de place ; sont des erreurs classiques. Nous avons malheureusement tendance à considérer le proche qui nous renvoie qu'il comprend tout au détriment de celui, qui, certainement sidéré par la nouvelle et donc silencieux, n'a pas intégré ce qui a été dit. Par conséquent, spontanément, notre comportement va l'exclure de l'entretien, alors que, finalement, de par sa place et son rôle, en lien avec notre patient, c'est surtout à lui que l'on doit s'adresser. Cette situation classique souligne combien notre attitude compte et qu'elle doit être travaillée pour être corrigée. S'adresser et considérer chaque membre familial présent, par une ponctuation du regard et une gestuelle adaptée, par exemple, tisse du lien. Il est important d'avoir conscience de ces éléments lors de toutes rencontres. C'est par la formation et une meilleure connaissance de soi, qu'il est possible de les détecter, mais aussi de mieux les analyser afin de les contrôler.

Dire, c'est surtout montrer, et particulièrement dans un contexte d'urgence, où le facteur stress a un impact non négligeable. En effet, les réactions émotionnelles soumises au stress, peuvent être adaptées, mais aussi parfois être de fortes intensités submergeant voire inhibant toutes cognitions. Les processus communicationnels, afin d'être efficaces, nécessitent une congruence entre les messages verbaux et non verbaux. Ainsi, si le langage digital compte, via les mots lors d'une rencontre, le langage analogique, via le corporel, est décisif lors des entretiens.

### ***Savoir dire, rythme de l'entretien***

Le temps, notion indispensable à prendre en compte pour la prise en charge d'un patient aux urgences, est rythmé par plusieurs phases : arrivée du patient, prise en charge diagnostique puis thérapeutique. Dans ce temps imparti, l'information à la famille doit s'inscrire. Ainsi apparaît une nouvelle temporalité. La temporalité de dire doit impérativement s'adapter à la temporalité de compréhension des proches. L'urgence de dire n'est pas l'urgence à dire.

Rencontrer une famille dans un contexte d'urgences est aussi la conséquence d'une attaque de son cycle vital. Une famille évolue dans le temps, mais la brutalité d'un changement de par l'admission d'un de ses membres aux urgences peut entraîner une crise familiale. Cette crise



entraîne une rupture de l'homéostasie temporaire du système familial, et donc nécessite des réorganisations des interrelations [24].

Rencontrer une famille pour annoncer l'état somatique de leur proche s'anticipe. Le médecin annonceur doit se préparer à son entretien. Avant même la rencontre, tel un pilote, il doit faire une « check list » des informations ciblées sur le patient afin d'être au clair sur quoi dire. D'autre part, le fait d'être accompagné par un tiers, infirmier, interne ou confrère, peut amener un étayage à condition d'être cohérent et de tenir un même langage, de ne pas se couper la parole. Un seul dirige l'entretien, tel un trauma leader. Être au moins deux, dans ce contexte d'urgence, peut permettre non seulement un témoignage de ce qui a été dit, mais aussi soutenir un partage de l'alliance ou des difficultés d'affiliations, et enfin, apporter une aide à la reformulation.

Après avoir décliné son identité, le médecin peut inviter chacun de ses membres à se présenter et à s'asseoir avec lui. Dès les premières secondes d'entretien, par le langage analogique et verbal, la famille donne des informations sur son fonctionnement et sur la place de chacun. Si notre propos peut être maîtrisé par l'anticipation, il est primordial de prendre en compte chacun dans ce contexte, sinon l'alliance et donc la confiance peut en pâtir.

Dire, dans l'urgence, nécessite une écoute active : écouter c'est partir de ce que l'autre sait, de ce qu'il a déjà eu comme information. C'est donc prendre son temps avant de dire, et écouter les proches avant de parler. Puis, enfin, c'est prendre la parole et dérouler l'histoire médicale du patient : de la prise en charge médicale initiale, à l'admission dans le service et de ce qui a été mis en place pour le patient, puis énoncer un diagnostic et pronostique ou l'incertitude de ceux-ci. D'autre part, le silence, non seulement amène du rythme à un entretien, mais est aussi puissant que les mots donc nécessaire aux échanges [23].

Cette démarche d'entretien permet une communication structurée, et présente des analogies dans ses processus à la méthode SAED, pour le transfert d'informations aux proches. Dans ce système la narration structurée permet de redonner une temporalité dans le cycle de vie attaqué. Pour le système soignant comme pour le système familial, l'utilisation des temps de conjugaisons du passé, du présent et du futur rythme le temps qui peut se figer par l'impact de l'admission du patient aux urgences. Cela permet d'établir une continuité de temps pour les proches suspendus jusque-là à l'attente des nouvelles. Il n'y a pas de limitation de durée des entretiens ; ou sinon justes celles imposées par une juste attitude afin de n'être pas intrusif et de donner du temps pour cheminer aux familles et aux soignants. Ainsi la pression objectale du temps est temporisée par ce système créé.

### ***Savoir-faire***

Le respect, la chaleur et l'humanité sont les vecteurs de l'alliance aux proches. Le savoir-être auprès des familles en souffrance passe en premier lieu par la reconnaissance de cette souffrance, en offrant un cadre et une écoute adaptés, pour la recevoir et ainsi permettre à la famille de vivre les émotions qui l'habitent. Bien communiquer aux équipes en employant un langage commun s'applique à la communication aux proches. La rencontre des systèmes croisés, médecin/équipe/patient/famille, impose de ne pas se retrancher derrière des

techniques médicales et un vocabulaire scientifique. Le vocabulaire utilisé doit être simple et adapté à la famille. Des automatismes de langage tels que : « d'accord », « hum », « euh », qui ponctuent les phrases, sont fréquents et polluent la communication. La manière de parler, d'employer l'humour, la familiarité excessive, peuvent être des modes de défenses du soignant et n'ont pas leurs places dans une communication de qualité.

L'annonce de la mort est un moment de communication redoutée par les soignants. Cette annonce peut être traumatisante en raison de son irréprésentabilité. Nous ne pouvons penser notre propre mort. Ernoult écrit : « il est difficile voire impossible de se préparer à l'inconnu, à l'impensable, à l'inimaginable » [25]. Les mots doivent être authentiques : les mots mort, mourir, décéder doivent être énoncés. Ils sont d'ailleurs d'autant plus importants et nécessaires s'il y a des enfants. Ce qui est traumatisant dans ce contexte, ce n'est pas de dire, mais de cacher et de ne pas dire [26]!

Entendre une mauvaise nouvelle peut entraîner chez un membre de la famille, des mécanismes de défense tels que l'agressivité, le déni, la culpabilité, la dénégation..., mais aussi parfois un stress dépassé, une fuite panique, des actions automatiques, ou de l'agitation. Ce sont, autant de symptômes significatifs non seulement, d'une indisponibilité cognitive mettant en échec tout ce qui pourra être entendu et compris, mais aussi, d'un potentiel traumatisme psychique [27]. Les soignants doivent apprendre à les détecter afin de les respecter pour mieux communiquer. Chacun des acteurs du système soignant, peut aussi travailler sur cette communication si singulière, afin de mieux maîtriser ses propres modes de défenses et rester vigilant à ne pas se projeter, ni s'identifier à la souffrance de la famille.

La manière dont l'annonce est réalisée, et dont l'information médicale est transmise, la disponibilité, la cohérence, l'étayage relationnel et l'accompagnement aux familles jouent un rôle fondamental et conditionnent en partie la résilience face à la situation [28]. La qualité de cette communication, à un moment dramatique pour une famille, a un impact même sur le devenir de cette famille.

Terminer un entretien familial, dans un contexte d'urgence, c'est aussi dire au revoir, sans faire de condoléances (temps social et non médical). C'est aussi, communiquer aux équipes et faire des transmissions ciblées, sur ce qui a été dit, transmis, entendu et compris par les membres de la famille.

Même si la communication avec les proches s'arrête au départ du patient, la communication au sein de l'équipe soignante peut continuer après. Dans le but d'améliorer la prise en charge au patient, il est important que cette communication continue et souvent s'élargisse à des interlocuteurs externes par le biais de Revue Morbi-Mortalité (RMM) ou de Retour d'Expérience en santé (REX). Le Retour d'Expérience en santé (REX) est un outil pertinent dans l'amélioration de la communication. Présenter chronologiquement, les faits complets sans les interpréter puis procéder à leurs analyses, amènent à mieux comprendre les processus mis en œuvres lors des prises en charge problématiques. Connaître, comprendre, agir et partager sont bénéfiques à l'amélioration des prises en charge avec un impact direct sur la communication.

La formation à une bonne communication, en tant que technique de soin, garantit de bonnes interrelations entre les membres d'une équipe, mais aussi une meilleure approche somatique du patient. Il est alors important de s'entraîner à cette technique relationnelle comme on s'aiguise à toute autre technique médicale, de la répéter, de la transmettre aux spécialistes externes aux services, comme aux externes et internes, de sensibiliser les soignants paramédicaux : aides-soignants et infirmiers. Dans ce système chacun à un rôle, place et fonction. La simulation, outil pédagogique, devenue indispensable est à intégrer dans la formation à la communication des personnels soignants.

## **Conclusion**

Dire, faire, et transmettre en situation d'urgence nécessite un apprentissage pour se sentir en sécurité d'agir. In fine, une communication claire et concise, dans un temps donné, entre les interlocuteurs d'une équipe met en exergue une structuration des échanges afin d'offrir une meilleure efficacité. L'entretien avec les proches, nécessite de prendre son temps, de se montrer disponible et bienveillant. Dire aux urgences et dans l'urgence, c'est paradoxalement prendre son temps, car il n'y a pas d'urgence à dire afin de bien dire. Dire, c'est savoir être pour savoir-faire. La communication aux urgences et dans l'urgence est aussi technique qu'un soin médical. C'est un soin relationnel qui influe sur la sécurité et le devenir du patient.

## **Bibliographie**

- 1 Bateson G. Communication et société. Seuil ; 1988.
- 2 Watzlawick P. Une logique de communication. Seuil ; 1967.
- 3 Howard SK, Gaba DM, Fish KJ, Yang G, Sarnquist FH. Anesthesia crisis resource management training: teaching anesthesiologists to handle critical incidents. Aviat Space Environ Med 1992; 63:763-70.
- 4 Bunting RF Jr, Groszkruger DP. From To Err Is Human to Improving Diagnosis in Health Care: The risk management perspective. J Healthc Risk Manag 2016; 35 :10-23.
- 5 Nestrigue C, Or Z, Surcout des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital. IRDES 2011; 171.
- 6 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- 7 Haute Autorité de Santé. Programme d'amélioration continue du travail en équipe. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1601164/fr/pacte-programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe)
- 8 Gigerenzer G, Gaissmaier W. Heuristic decision making. Annu Rev Psychol 2011; 62:451-82.

- 9 Mickan S ,Rodger. S Characteristics of effective teams: a literaturere view. AustHealthRev 2000 ; 23 :201-8.
- 10 Salas E, Cooke NJ, Rosen MA. On teams, teamwork, and team performance: discoveries and developments. Hum Factors 2008 ; 50:540-7.
- 11 Baxter SK, Brumfitt SM. Benefits and losses: a qualitative study exploring healthcare staff perceptions of teamworking. Qual Saf Health Care 2008 ;17(2):127-30.
- 12 Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2009 ; 8:
- 13 Salas E, Sims DE, Burke CS. Is there a“big five” in teamwork? Small Group Res. 2005 ; 36 :555-99.
- 14 Haute Autorité de Santé. Chek-list sécurité du patient au bloc opératoire. 2016.  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1518984/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1518984/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire)
- 15 Haute Autorité de Santé. Un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé. Oct 2014  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante)
- 16 Raines M, Mull A. Give it to me: the development of a tool for shift change report in a level I trauma center,.J Emerg Nurs 2007;33:358-60.
- 17 Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication betweenclinicians. Jt Comm J Qual Patient Saf 2006 ;32:167-75.
- 18 Patterson PD, Weaver MD, Landsittel DP, Krackhardt D, Hostler D, Vena JE, Hughes AM, Salas E, Yealy DM. Teammate familiarity and risk of injury in emergency medical services. Emerg Med J 2016 ;33:280-5.
- 19 Hjortdahl M, Ringen AH, Naess AC, Wisborg T. Leadership is the essential non-technicalskill in the trauma team--results of a qualitative study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2009 ;26 :17-48.
- 20 Gerardo CJ1, Glickman SW, Vaslef SN, Chandra A, Pietrobon R, Cairns CB. The rapid impact on mortality rates of a dedicated care team including trauma and emergency physiciansat an academicmedical center. J Emerg Med 2011 ;40 :586-91.
- 21 Albernhe K, Alnernhe T. Les thérapies familiales systémiques. Masson ; 2008.
- 22 Azoulay E. Donner du pouvoir aux familles de patients de réanimation. Laennec 2009 ; 57:35 -46.
- 23 Hall ET. Le langage silencieux. Seuil 1984.
- 24 Miermont J. Dictionnaire des thérapies familiales. Payot 2001.
- 25 Ernoult A. Le point de vue des parents, In HUMBERT N (sous la dir.)Les soins palliatifs pédiatriques, Editions de l’Hôpital Sainte Justine, Montréal

26 Ben Soussan P. L'enfant face à la mort : En parler, l'écouter, le soutenir. Poche 2006.

27 De Clercq M, Lebigot F. Les traumatismes psychiques. Masson 2001.

28 Lambote I, De Coster L, De Gheest F. Le traumatisme de la mort annoncée, transmissions entre soignants, et parents, face à la maladie grave d'un enfant. Cahiers critiques de thérapies familiales et de pratiques de réseaux 2007 ; 38 : 99-115.