

Communication interne de crise

Comment un «huddle» a amélioré la communication interne d'un service hospitalier durant la pandémie

Dr méd. Antoine Garnier, Prof. Dr méd. Claudio Sartori

Département de médecine, Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne

Une crise provoque de l'incertitude à la fois par un manque d'information et par un trop-plein d'informations. Une communication interne de crise est centrale et, à l'ère des emails et des téléconférences, il vaut peut-être mieux se voir.

Introduction

La pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) a poussé les hôpitaux dans une conduite de crise. Dès le début de la crise, les collaborateurs ont été exposés à de multiples informations venant des médias, des instances gouvernementales et de leur direction. Les boîtes de réception se sont vite engorgées d'emails. A ce flot d'informations, se sont ajoutées des rumeurs et des informations contradictoires, telles que le risque d'aggravation du COVID-19 associé aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Entraves supplémentaires, les interdictions de rassemblement et le télétravail ont réduit les colloques et contacts, et obligé à l'exercice de la téléconférence.

En effet, plus d'informations ne signifie pas une meilleure communication. La communication implique la transmission d'une information d'un émetteur à un récepteur, autant d'éléments à maîtriser. Plus spécifiquement, la communication interne de crise se définit comme le processus continu de communication entre management et collaborateurs ainsi qu'entre collaborateurs. Son but est de transmettre des directives, aider les collaborateurs à traverser la crise et renforcer leurs engagement et motivation [1]. Pour cela, emails, communications orales ou pages internet sont des moyens complémentaires qui doivent être planifiés.

Nous présentons ici la manière avec laquelle un service de médecine interne universitaire a géré sa communication interne pendant la crise COVID-19.

Méthode

Le Service de médecine interne du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) a construit sa conduite de crise sur trois piliers [2]: le premier était une cellule de conduite médico-soignante qui s'est réunie quotidiennement. Le deuxième pilier était constitué par les outils de pilotage tel qu'un état de situation consolidé deux fois par jour suite à la récolte d'informations auprès des 14 unités du service: personnel, clinique, logistique.

Le troisième pilier était la communication interne au service. Pour cela, nous avons décidé de prendre le contre-pied de la téléconférence et de la distance sociale par des principes visant à garantir un flux de l'information plus direct: (1) concentrer l'information de manière multiprofessionnelle, régulière et prévisible; (2) se voir, se parler et s'entendre; (3) privilégier les contacts directs aux longues listes de distribution. Ces principes se sont été concrétisés dans un plan de communication contenant différents éléments synchronisés entre eux (fig. 1): colloques, affiches thématiques hebdomadaires ou bulletins d'information. Mais le plus important a sans nul doute été le «huddle».

Le «huddle», sémaphore au milieu de la tempête

Le mot «huddle» n'a pas d'équivalent en français. Il désigne un groupe d'individus se tenant debout, proches les uns des autres, bras-dessus bras-dessous. On observe beaucoup de «huddle» dans les sports



Antoine Garnier

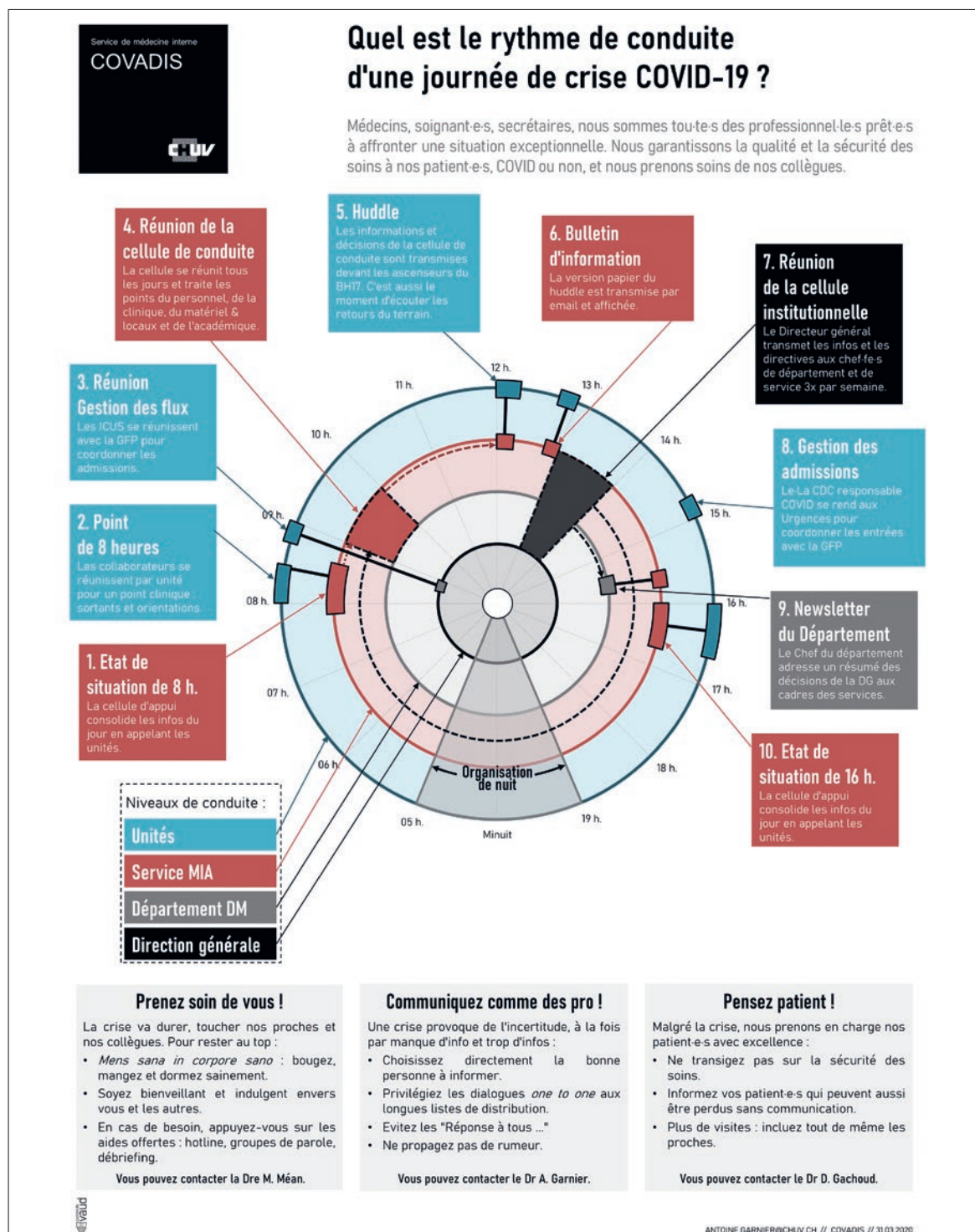


Figure 1: Affiche thématique hebdomadaire (semaine no 3) destinée aux collaborateurs, décrivant le rythme de conduite du service sur une journée de 24 heures (© Antoine Garnier, CHUV).

GFP: unité de gestion des flux de patients; ICUS: infirmière cheffe d'unité de soins; BH17: étage de médecine; CDC: chef de clinique; DG: Direction générale; MIA: Service de médecine interne; DM: Département de médecine.

d'équipe (fig. 2A) et chez le manchot empereur. Il permet de communiquer et de renforcer l'esprit de corps et, dans le deuxième cas, de se tenir chaud. Nous avons donné rendez-vous aux collaborateurs tous les jours à 12 heures précises. Cette heure a été

choisie parce qu'elle fait suite à la réunion de la cellule de conduite du matin mais également pour son aspect symbolique. Pendant 10 à 15 minutes, un médecin cadre accompagné d'une infirmière cheffe et d'autres membres de la cellule, ont donné les informations du



Figure 2: Deux formes de huddle: A) «huddle» hors pandémie: footballeurs sur le terrain (photo: © Zeytun Images | Dreamstime.com). B) «huddle» avec distance sociale en médecine interne (photo: © Gilles Weber COM/CHUV).

jour, par oral, debout au milieu d'un étage d'hospitalisation mais sans se serrer les uns aux autres (fig. 2B). La présence au «huddle» était obligatoire pour les chefs de clinique et les infirmières cheffes d'unité de soin mais ouvert à tous les collaborateurs intéressés. Le nombre de participants a rapidement crû au-delà 30 par jour: médecins, soignants, physiothérapeutes, personnel d'entretien ou secrétaires.

Le contenu du «huddle» était composé de trois parties: (1) la situation du CHUV et du Service de médecine interne; (2) les décisions prises par la Direction générale et par la cellule de crise du Service; (2) les questions des collaborateurs. Son objectif était donc de donner des informations tout en recevant un retour du terrain: moral, inquiétudes ou commentaires.

L'ambiance se voulait collaborative et intégrative, par exemple en incluant un représentant de l'hygiène hospitalière. Il était possible de poser de questions mais également d'ajouter un complément ou d'attirer l'attention sur un point particulier à un métier, par exemple, une recommandation de changer les filtres lors d'aérosolthérapie.

Il aurait été improbable de réunir les 450 collaborateurs du Service. Nous avons donc choisi de distribuer et d'afficher chaque jour, dans les desk et bureaux, un bulletin d'information d'une page reprenant les éléments du «huddle». Pour faciliter la lecture rapide, les nouveautés étaient rédigées en rouge.

Résultats

Entre le 6 mars et le 29 mai 2020, le Service de médecine interne du CHUV a assuré plus de 543 hospitalisations liées au COVID-19 en augmentant sa capacité d'accueil de 160 à 260 lits. La cellule de conduite s'est réunie 79 fois pendant 45 à 75 minutes. Elle a traité plus de 295 points et rédigé plus de 65 décisions de service. Quant à la communication, 79 «huddle» ont été tenus et autant de bulletins ont été distribués.

Au-delà d'une audience relativement constante, nous avons pu mesurer le succès du «huddle» lors des débriefings, retours d'expériences et feedbacks réalisés de manière semi-structurée au décours de cette crise. Trois éléments sont ressortis:

1. *Un facteur de cohésion:* Durant 79 jours de crise, le «huddle» a constitué un rituel qui a réuni l'ensemble du Service au-delà des différentes unités d'hospitalisation et de l'éloignement géographique de certains bâtiments. L'aspect de la réunion, informelle, courte mais à une heure précise, a favorisé les contacts interprofessionnels par exemple entre le personnel d'entretien et les infirmières cheffes. Par ailleurs, à dans certaines unités, de mini-«huddle» ont été tenus spontanément pour transmettre plus loin les informations.
2. *Une protection contre la tempête d'information:* Cette forme de communication, avec d'autres éléments, a fortement contribué à apaiser une tempête d'informations en début de crise, entre ce que les collaborateurs entendaient dans les médias, les réseaux sociaux et à l'intérieur de l'institution. Les informations venant de partout étaient consolidées et pouvaient être discutées. La propagation de rumeurs a pu être contenue tant concernant des informations non vérifiées (par ex. risque d'aggravation du COVID-19 par les AINS) que des directives mal comprises (par ex. refus de pénétrer dans une chambre d'isolement).
3. *Un sentiment de sécurité:* Nos collaborateurs ont apprécié la transparence qu'offre un contact direct. Ils nous rapportent le sentiment d'organisation et de maîtrise du Service. En s'exprimant tous les jours sur les décisions prises et en s'exposant aux questions, la cellule de conduite a vu son capital de confiance se renforcer. Nous avons aussi appris que les collaborateurs à domicile, en télétravail ou en horaire de nuit, attendaient le bulletin d'information avec impatience pour s'informer et rassurer leurs proches sur l'état du CHUV.

Discussion: les enseignements que nous avons tirés

Les risques liés à la communication en temps de crise ont été identifiés à temps. En prenant le contre-pied de la téléconférence et de la distance sociale, nous avons choisi le «huddle» comme élément central. Nous avons tiré les enseignements suivants, que nous reprendrons non seulement en cas de nouvelle crise, mais également pour la conduite du Service en situation normale.

Les facteurs de succès du «huddle»

Le «huddle» a déployé son effet en étant régulier, court et informel. Il avait un caractère ouvert en se tenant à l'extérieur d'une salle. Il est devenu un ancrage dans la journée ou un sémaphore permettant aux collaborateurs de s'y rendre et de poser des questions en cas d'incertitude. Du côté de la cellule de conduite, nous n'avons pas hésité à être ouverts et partager le fait ne pas avoir de réponse à toutes les questions.

Le lien avec le front

Seule une partie des collaborateurs pouvait se rendre physiquement au «huddle» mais, pour la cellule de conduite, c'était également un excellent moyen d'entendre les problèmes, de ne pas se déconnecter des préoccupations du terrain et d'éviter l'effet tunnel dans les problématiques traitées en rapport de situation.

La transparence

Pendant 79 «huddles», des collaborateurs d'autres services sont venus écouter. Des patients dans des lits ont été poussés à travers l'assemblée. Le «huddle» était publique, bien que focalisé sur les collaborateurs du Service. Il n'y a jamais eu de problème à parler ouvertement de la situation du Service et des mesures décidées par la Direction générale ou par le Service. Cette transparence est souhaitable.

Les limitations

Une information de service par un «huddle» a naturellement des limitations. Tout d'abord, tout ne peut pas passer par des «huddle»: certaines informations ou documents, tels que des protocoles cliniques, doivent

tout de même être transmis et les emails ne peuvent pas être évités. Les différents métiers peuvent avoir des attentes spécifiques difficile à combler en peu de temps: certains colloques médicaux et infirmiers ont donc été maintenus pour la bonne marche du service. Par ailleurs, une unité éloignée géographiquement s'est sentie pénalisée, même en envoyant un délégué. Finalement, la communication interne peut se superposer à la communication de la Direction générale basée sur les canaux habituels: cela est évitable en distinguant bien les décisions institutionnelles (par ex. les mesures de protection des collaborateurs) des décisions de Service.

À l'heure de la distanciation sociale et de la limitation des réunions, on aurait pu craindre que le «huddle» ne constitue un risque de transmission entre les collaborateurs. Toutefois, nous n'avons observé aucun «cluster» de COVID-19 et le taux d'absentéisme n'a pas dépassé 15 collaborateurs sur plus de 450.

Conclusion

Une crise provoque de l'incertitude à la fois par manque d'information et par trop-plein d'information. La planification d'une organisation de crise doit inclure un plan de communication permettant d'y faire face, non seulement en assurant le flux d'information mais également en favorisant le contact entre les personnes.

Remerciements

Les auteurs remercient sincèrement tous les cadres supérieurs médicaux, soignants, physiothérapeutes, administratifs, qui ont contribué significativement à la conduite du service et aux différentes activités dans le cadre de la crise, ainsi que tous les collaborateurs et partenaires qui ont contribué à la prise en charge des patients de médecine interne.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

- 1 Heide M, Simonsson C. Internal crisis communication: crisis awareness, leadership and coworkership. 1st ed. Taylor & Francis Ltd; 21. Juni 2019.
- 2 Garnier A, Vaucher J, Bianchi C, et al. Organizational Impacts and Clinical Challenges of the COVID-19 Pandemic on a Swiss Tertiary Internal Medicine Department. Rev Med Suisse 2020;16:869–74.

Correspondance:
Dr méd. Antoine Garnier
Département de médecine
Service de médecine interne
Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV
Rue du Bugnon 46
CH-1011 Lausanne
antoine.garnier[at]chuv.ch