**Analyse systémique des distorsions de la communication entre le système de santé, le Fosa et leurs usagers**

*Pr Vincent LUKUNKU MULABA*

1. **Objet**
2. La communication hospitalière en général
3. La Communication *soignant-soigné-famille* n contexte épidémique :
* les difficultés de la communication hospitalière ne peuvent être fournies qu’à travers une analyse systémique retenue comme approche ;
* L’offre l’opportunité offerte pour tester l’avantage du premier objet dans le contexte particulier de charge émotionnelle suscitée par la MVE.
1. **Cadre définitionnel**

La bonne compréhension de la démarche convoque la définition de quelques concepts clés tels que :

1. ***Communication***

 - le ***niveau informatif***, en général véhiculé par le langage verbal ou écrit. Dans notre cas de MVE, le présumé malade et son entourage diront soit « *Ebola n’existe pas* » soit « *je ne suis pas malade* *d’Ebola*».

 - le ***niveau relationnel*** traduit la relation entre *les partenaires ou sous-systèmes* engagés dans un processus de communication. Ce niveau passe plutôt par le *comportement* (*comment le premier message doit être compris et interprété)*.

 - enfin le ***niveau contextuel*** représente le système de valeurs et d’usages qui régissent les pensées, désirs et comportements des membres de chaque sous-système.

1. ***Communication hospitalière***

Elle concerne le contexte de « *sinistrose* », où l’hôpital n’est évoqué qu’en termes de problèmes (pénibilité, mouroir, pénurie, haut lieu de trafic d’organes humains, etc.). Il est temps de valoriser et de redynamiser l’image en particulier pour que toutes les parties prenantes/acteurs (professionnels de santé, ordre corporatif, usagers, OSC, familles d’usagers) contribuent au fonctionnement par l’érection d’une nouvelle image.

1. ***Système***

On entend par système un ensemble d’éléments reliés par des interactions soit trop puissantes soit trop complexes pour qu’on puisse considérer un élément isolément.

1. ***Autorégulation***

Cet équilibre délicat entre permanence et changement s’opère grâce à des mécanismes de feed-back positifs et négatifs. Les premiers poussent à la conservation du fonctionnement avec un risque d’immobilisme ou même de blocage, les seconds au changement mais avec des risques d’emballement.

**III. Cadre opérationnel**

1. Du fait d’être une maladie inconnue, la MVE suscite une psychose, la peur et un dysfonctionnement social.

2. Dans ce nouveau contexte, le prestataire (*soignant*) ne peut être un simple technicien, mais un accompagnateur prêt à partager avec l’usager (*soigné*) .

3. Mais en fait, la relation est supplémentaire du fait qu’il n’y a ni rendez-vous ni latitude d’échange autour du traitement, d’appréciation d’alternative au traitement ni et d’avis attendu du patient. Dès les premiers signes tels d’énoncés par le protocole, le patient passe au statut présumé malade qui se soumet au rituel médical qui, par ailleurs répond à une rigueur d’observation de normes et directives opératoires sans concession aucune.

4. Face à cette pratique inhabituelle pour le *soigné*, les prestataires présentent tous le même comportement : ne pas transiger avec la définition des cas sans peur de se tromper. L’histoire des CTE remonte bien de faits contraires à la vérité médicale, même si la pratique dans le sous-système corporation (Ordre des Médecins et des Infirmiers) donne un praticien qui ne se trompe jamais, mais qui commet juste une erreur mineure d’appréciation.

5. Mais, l’incroyable succession de mésaventures au CTE mettra à rude épreuve les assurances du *soignant* :

- annoncer l’erreur de diagnostic ;

- l’annonce à la famille d’un décès au CTE ;

- résistance à l’admission au CTE ;

- gestion de rumeurs de tout ordre ;

- gestion de la présence groupes de pression ;

- stress liée à la capacité d’accueil ;

- les longues heures/journées d’attente des résultats, etc

1. [**Analyse systémique**](https://journals.openedition.org/communicationorganisation/3004#tocfrom1n5)

Pour ne pas trop compliquer l’analyse, il sied de mettre de côté le système administratif qui n’est pas directement impliqué dans la relation *soignant* et *soigné* qui constituent les deux sous-systèmes organisés en fonction d’un but, la survie. Mais, la survenue d’une crise fait apparaître que cette *survie* n’a pas le même sens pour l’un et pour l’autre.

Pour le *soigné* la survie implique sortir vivant du CTE normalement (mission de guérir) et conformément aux messages d’acceptation du CTE comme seule voie de survie. à leurs vœux, en ce qui concerne la clinique, la survie implique aussi qu’il n’y ait ni accident ni histoire susceptible d’entamer sa réputation.

Les sous-systèmes sont donc différents, leur contexte différent et l’essentiel ne peut donc être décrits comme un conflit de contextes.

1. **Contexte hospitalier**
2. ***Principes***
* L’hôpital doit accueillir tout le monde. Il ne peut refuser d’accepter qui que ce soit.
* L’hôpital doit assurer en urgence et en chronique tout ce qui est nécessaire au soin du soigné.
* Néanmoins, cette prise en charge globale souligne et induit une différence de position radicale entre le sous-système *soignant*, en position haute et le sous-système *soigné* en position basse.
* A l’extrême, l’hôpital peut fonctionner comme une institution totalitaire selon le modèle décrit par Goffman dans les hôpitaux psychiatriques.

 **NB**. :

* **Les pouvoirs publics** (politiques, administratifs, sanitaires, associatifs, spirituels, sportifs, moraux, etc) pilotent la communication publique de ces principes.
* ***Les ordres professionnels se constituent en garant des principes au nom du contexte hospitalier.***
1. ***Discussion***

L’univers du malade évoque alors celui du *reclus dépouillé de son moi, isolé et considéré comme un objet*. Cette *crainte* toujours vivante justifie comme dans notre cas, le choix d’une clinique ou l’accueil est plus humain, d’autant que le patient devient un client puisqu’il paie (dans le cas du FOSA).

On voit donc combien cette toute-puissance s’accompagne de fragilité, ainsi que la difficulté de l’humanité d’une relation qui repose sur un déni de l’autre (*soignant-soigné*) et de l’évidence MVE (*soignant-soigné-communauté*).

1. **Types de scénario communicationnel**
* **L’hôpital/ZS hors zone affectée**
* **L’hôpital/ZS en milieu affecté**
* **Le FOSA**

L’incidence sur la prévalence épidémiologique surgit comme un autre enjeu autour du *soigné* objet :

* de la rigueur de gestion de l’épidémie dont le but ultime est la mise rapide sous contrôle de l’épidémie en cassant le maximum de chaînes de transmission :
* de convoitise pécuniaire des FOSA ;
* de protection de la part de la communauté en conflit avec le sous-système soignant.

Il se crée ainsi, un halo de trois zones d’influence et d’interaction communicationnelle autour de la problématique *soignant-soigné* en contexte épidémique :

* le contexte d’une zone non affectée ;
* le contexte d’une zone affectée relation avec le FOSA ;
* le contexte d’une zone affectée avec le concours du FOSA.

Cela génère bien entendu trois types d’interactions et de communications différentes.

1. **Eléments du contexte du MVE conduisant à l’élaboration des messages**
2. **Les différents incidents autour des CTE et les mécanismes de feed-back positifs**
3. [**Evolution des difficultés de la communication en milieu hospitalier**](https://journals.openedition.org/communicationorganisation/3004#tocfrom1n6)

Ces difficultés paraissent être en rapport avec l’évolution des contextes :

1. le système de santé et les médecins sont mis en cause dans leur toute-puissance médicale par :
2. Les *soignés* deviennent des « clients ». Moins au courant de leurs droits, ils ont tendance à oublier à ne pas les faire valoir : droit à l’information, droit de refuser certains traitements ou droit d’attaquer en cas de faute médicale.
3. **Messages**
* ***Soignants-soignants***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Message*** | ***Slogan*** |
| « En contexte épidémique, l’accès aux soins est un droit inaliénable » | ***Le succès du contrôle rapide d’un contexte d’épidémie de type virale et bactérienne c’est avant tout une question de relation avec la maladie*** ***Gérer au mieux son comportement pour contrôle rapide d’une épidémie*** |
| « Le métier de professionnel de santé reste une vocation de tout premier niveau pour une société »  |
| « Marchander l’accès aux soins est une privation du droit de santé impardonnable » |
| « La blouse blanche demeure en tout le symbole d’un métier immaculé » |
| « La communication axée sur le patient, est la meilleure forme de partenariat soignant-soigné » |
| « Toute rétention d’information relative au traitement conduit réduit les chances du traitement approprié et peut favorise une mauvaise prise en charge d’infections nosocomiales » |

* ***Soignant-soigné***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Message*** | ***Slogan*** |
| « Construire un cadre de confiance mutuelle entre le soignant et le soigné, précipite les meilleurs résultats de guérison » | **La confiance soignant-soigné au centre de l’accueil, du traitement et de la guérison** |
| « La confiance entre le soignant et le soigné, protège contre le charlatanisme qui le pire ennemi à la prévention contre la maladie » |

* ***Soigné-famille***

|  |  |
| --- | --- |
| **Message** | **Slogan** |
| « Présenter son parent aux soins appropriés en cas d’épidémie, c’est lui témoigner le plus grand amour » | **L’union sacrée de la famille face aux les facteurs de risque de la MVE****La guérison rapide et intérêts majeurs de la famille** **Se concerter en permanence autour des facteurs de risque**  |
| « En contexte d’épidémie, appliquer strictement les consignes de prévention protège chaque membre de famille et toute la communauté contre l’infection» |
| « L’identité familiale et communautaire se traduit dans la manière de préserver la santé de chaque membre » |
| « La bonne santé de tout membre d’une famille la prédestine à un grand avenir » |
| « Réduire au maximum les charges de santé et les facteurs de risque face à la maladie, conduit à des économies financières certaines » |

* ***Soignant-famille***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Message*** | ***Slogan*** |
| « En cas d’admission en soins d’un de ses membre la famille demeure le meilleur partenaire du soignant » | ***Construire la guérison avec l’appui de la famille******La guérison rapide stabilise la famille*** |
| « La participation morale et psychologique de la famille au processus de soins d’un de ses membres fait gagner en qualité de soins et de temps de guérison |
|  |

* ***Pouvoirs publics***

 Vers la construction d’une société de bien-être avec la pleine participation des Organisations de la Société Civile pour réguler les tensions et les crises

***Goma, le 25 février 2020***