

Prévention des erreurs dans la collaboration médecin/infirmière en post-opératoire

Guidance : Mme Barraya

Bouche Jennifer
Promotion 2015/2018
IFSI Ste Marie

Note aux lecteurs : » il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI Ste Marie, Il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI »

Remerciements

J'adresse tout mes remerciements à ma guidante, Mme Barraya , qui a su m'accompagner dans mon travail de fin d'année tout en préservant mon autonomie, ce qui m'a permis de prendre confiance en moi. Grace à elle, j'ai eu plaisir à écrire ce mémoire.

Merci également aux professionnels de santé qui, en acceptant des entretiens que je leur ai proposés, m'ont permis d'enrichir mon mémoire.

Je tiens à remercier très chaleureusement mes enfants Lana et Noa qui ont su comprendre mes moments de stress et ont accepté que je leur accorde moins de temps. Ils ont su s'adapter à notre nouvelle organisation pour me laisser étudier. Je suis fier d'eux tout comme de ce travail qui clôture trois années d'études intenses.

Je remercie également mon compagnon Maxime. Je l'ai rencontré à l'aube de mon entrée à l'IFSI . Il a su m'accompagner et me soutenir malgré les moments difficiles de doutes et de remises en questions.

Ma tante m'a suivie , aidée, soutenue au quotidien. C'est pourquoi je tiens également à la remercier pour la disponibilité dont elle a su faire preuve.

SOMMAIRE

I.	Introduction	7
II.	Motivations.....	8
III.	Situation de départ	9
IV.	Question de départ	13
V.	Problématique Pratique	13
1.	Le risque d'erreurs dans les soins	13
1.1	Définition : « erreur ».....	13
1.2	Définition : « erreur dans les soins »appelée « événement indésirable associé aux soins » 14	
1.3	Les services de chirurgie	14
2.	Objectifs.....	15
2.1	Les conséquences des EIAS sur le patient, le soignant, l'institution, la société	16
a)	Le patient :	16
b)	Les soignants :.....	17
c)	L'institution :.....	17
d)	La société :	18
3.	Les Causes des Evénement Indésirables Associé aux Soins.....	18
3.1	Organisation d'un service de chirurgie	18
4.	Qualité de soins	19
5.	Composition et rôle de chaque membre du personnel	20
a)	L'anesthésiste	20
b)	La cadre de service	21
c)	Les infirmières.....	21
d)	Autonomie et responsabilité infirmière	22
6.	Prévention des erreurs	23
a)	Les aides soignantes	24
b)	Le dossier de soins	24
c)	Protocoles du service.....	25
7.	Habitude du service	25
a)	Accueil des patients en chirurgie.....	26
b)	Suivi des prescriptions pré et post op du patient	26
8.	Collaboration médecin anesthésiste infirmière.....	27
a)	L'anesthésiste au bloc	27
b)	L'infirmière en service	27
c)	Les prescriptions	27
d)	La réglementation des écrits professionnels.....	28
9.	Le lien : Les supports de communication	29
a)	Les transmissions orales.....	29
b)	Le téléphone	29

c)	Les transmissions écrites.....	30
d)	Les ordinateurs = logiciel informatisé.....	30
10.	Communication médecin anesthésiste-infirmière.....	30
a)	Le travail au bloc opératoire.....	31
b)	La charge de travail.....	31
c)	Dysfonctionnement dans les services de chirurgie.....	31
11.	Déontologie.....	31
12.	Les représentations de chacun des membres (annexe 1.1).....	32
VI.	Question centrale.....	33
13.	Etude des concepts.....	33
a)	Concept de communication.....	34
1.	Les modèles de communication.....	34
2.	Le modèle de la communication linéaire.....	34
3.	La méthode circulaire.....	35
4.	La communication systémique.....	36
5.	Quatre grands principes :.....	37
6.	La notion de GROUPWARE.....	39
b)	Concept de Collaboration.....	39
c)	Concept de la qualité des soins.....	42
1.	La Sécurité des soins.....	44
2.	Amélioration de la sécurité et moyens de détection.....	45
3.	Prévention des risques.....	46
VII.	Dispositif de recherche.....	48
1.	Description de la grille d'observation.....	51
	Grille d'observation.....	52
VIII.	Conclusion.....	54
1)	Annexe 1 : Prise en charge d'un patient opéré.....	55
	En pré opératoire :.....	55
	Prise en charge d'un patient à J0 :.....	56
	Prise en charge d'un opéré en post op.....	56
2)	Annexe 2: Entretiens Exploratoires.....	58
	Annexe 2.1 Synthèse des entretiens exploratoires.....	70
IX.	Bibliographie.....	74
	RESUME :	79
	ABSTRACT	79

GLOSSAIRE

A	
ARS	Agence Régional de la Santé
ANES	Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé
ALARM	Association of Litigation And Risk Management
B	
BPM	Battements par minute
C	
CSP	Code de la Santé Publique
CNTRL	Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
CII	Conseil Internationales des Infirmières
E	
EI	Evénement indésirable
EIAS	Evénement indésirable associé aux soins
H	
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, patients, à la santé et au Territoire
M	
MACSF	Mutuelles assurance corps santé français
O	
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
P	
PNSP	Programme Nationale pour la sécurité des Patients
PACTE	Programme d'Amélioration du Travail en Equipe
PAQSS	Programme d'Amélioration de la qualité et de la Sécurité des Soins
U	
UE	Unité d'enseignement

Prévention des erreurs dans la collaboration médecin/infirmière en post-opératoire

I. Introduction

Travailler dans le secteur de la santé sous entend un travail en équipe dans le but commun est la prise en charge. On ne peut donc pas dissocier la collaboration, la communication, le travail d'équipe, la qualité des soins et la sécurité.

En tant que future professionnelle, la situation vécue en service m'a incitée à travailler et comprendre les situations pouvant entraîner des risques d'erreurs en service de chirurgie. Collaboration et communication sont les maîtres mots pour la prise en charge des patients.

Certaines situations vécues m'ont amenée à constater qu'un manque de collaboration est source de risques d'erreurs entre professionnelles, avec un impact direct sur les patients, les soignants, l'institution et la société. Les entretiens exploratoires passés auprès de deux infirmières et deux anesthésistes m'ont permis d'orienter mes recherches sur les difficultés de collaboration que peuvent rencontrer ces deux professions. Je me suis aperçue que cette collaboration peut être perturbée par des éléments présents dans les services de soins, comme les ordinateurs, les téléphones, la famille, le manque de personnel ou la fatigue des 12 heures. Ils peuvent amplifier les risques d'erreurs et altérer la communication entre l'infirmière et le médecin.

Ces éléments perturbateurs et le manque de communication impactent la qualité des soins, entraînant de ce fait une mauvaise prise en charge des patients et une insatisfaction, aussi bien des soignants que des patients.

La collaboration, la communication et la qualité des soins sont trois représentations abstraites qui m'ont alors parues essentielles à explorer dans mon travail de fin d'étude.

Ces concepts ont pris un sens concret et représentent ma vision de mon envie de soigner.

Malgré la présence d'éléments perturbateurs en service de chirurgie, les équipes soignantes s'adaptent et s'organisent afin d'assurer une qualité de soins optimale et une satisfaction des patients

Ce qui m'a amené à traiter « La prévention des erreurs dans la collaboration médecin / infirmière en post-opératoire ».

II. Motivations

Mes motivations résultent des diverses expériences vécues lors des stages professionnels que j'ai effectués. Lors de mon stage en chirurgie, j'ai pu me rendre compte qu'un manque de collaboration médecin-infirmière pouvait emmener très rapidement à des erreurs plus ou moins graves.

Je réalise que, d'ici quelques mois, je serai diplômée. Je me suis, plus ou moins inconsciemment, identifiée à l'infirmière tutrice qui m'encadrerait, et je me suis ainsi projetée dans la posture de future professionnelle et non d'étudiante. Cette expérience m'a incitée à m'intéresser à ce qui précède et conduit à un risque d'erreur, leurs conséquences et répercussions. Ainsi, je perçois et ressens encore plus l'intérêt de bien identifier ce qu'on appelle des « événements indésirables » dans les services de soins. Sans omettre le cadre législatif qui l'accompagne. Je comprends également toute l'importance de la gestion des risques, abordée lors de ma deuxième année d'étude.

Cette démarche m'a permis de renforcer mes connaissances théoriques et de revoir les bonnes règles professionnelles à respecter. Je constate que les erreurs dans les soins peuvent être très variées et entraîner des enjeux fonctionnels ou opérationnels, avec des répercussions humaines, sociales et/ou économiques.

Cela m'amène à comprendre l'intérêt de la mise en place d'actions de prévention dans les institutions et de sensibilisation des personnels soignants. De plus, quel que soit le service dans lequel je serai amenée à travailler, la prévention reste une partie importante dans ma fonction de future professionnelle.

Face à cette situation, après une réflexion et un questionnement personnel, mes propres valeurs me poussent à approfondir, dans un premier temps, les interrogations suivantes : « Qu'est-ce qu'une erreur dans les soins ? » ; « Un manque de communication peut-elle engendrer des erreurs dans les services ? » ; « Quels sont les différentes préventions mises en place dans les services ? Et comment pouvons-nous-les

renforcer ? « Quels en sont les impacts directs sur la société, le patient, les équipes et les institutions ? » »

Dans la situation que j'ai vécue, la communication entre l'infirmière et le médecin m'a beaucoup interpellée. J'appréhende cette partie de mon futur travail et cherche à savoir de quelle manière favoriser la communication en vue d'une collaboration globale et efficace.

La collaboration a pour moi une importance majeure. Il me semble que le travail et la communication en équipe pluridisciplinaire peut réduire le risque d'erreurs en service de soins et permettre aux patients, aux soignants, aux institutions et à la société de ne plus subir les répercussions négatives d'une mauvaise collaboration.

Après toutes ces réflexions, recherches et situations vécues, le thème de « prévention des erreurs dans la collaboration médecin-infirmière » me semble intéressant à traiter pour mon travail de fin d'études afin de pouvoir mettre en place, en tant que future professionnelle, différentes actions préventives dans la prise en soins des patients et de pouvoir sensibiliser mes collègues.

III. Situation de départ

J'effectue un stage de 5 semaines en chirurgie ; je suis affectée au 2ème étage de cet établissement qui regroupe 2 spécialités : Orthopédie et Gynécologie.

Un premier contact avec la cadre du service me rassure et me permet de me sentir dans un climat d'apprentissage. Ma tutrice C. m'accompagne et me guide tout au long de mon parcours. Les premiers jours, je suis dans une posture d'observation afin de pouvoir me familiariser avec les lieux, m'intégrer à l'équipe et apprendre leur façon de fonctionner. Au bout d'une semaine, je me sens plus à l'aise dans le service et je commence à prendre de l'assurance. J'ai intégré les informations nécessaires sur les entrées/sorties des patients, les soins, l'organisation du service.

La prise de poste s'effectue le matin à 6h45 et se termine à 19h20 ; une fois les transmissions terminées, les Ide se repartissent les 3 secteurs (A, B et C).

C. et moi prenons le secteur B, nous avons 15 patients en charge.

En début d'après-midi, ma tutrice me confie le dossier de Mme P. âgée de 58ans, patiente entrante pour une prothèse d'expansion cutanée gauche¹. Cette intervention est prévue le lendemain à 8h30. Mme P. a subi une mastectomie gauche² et retrait des sentinelles en 2016. Mme P a des troubles du rythme cardiaque traité par un anti-arythmique. Le médecin apporte des précisions : patiente tachycarde et indique une prémédication à H-1 et un risque de nausée en post-op.

15 heures :

Mme P. arrive dans le service, entourée de son frère et d'un ami. L'aide soignante l'accueille et l'accompagne dans sa chambre en lui donnant les premières informations relatives à son hospitalisation, puis nous la rejoignons en chambre.

C. me laisse faire le point avec la patiente sur sa future intervention et les différents papiers à recueillir (personne de confiance/consentement éclairé). Ma tutrice lui demande si elle n'a pas de traitement personnel en sa possession. Celle-ci répond :

-« Oui avec les ordonnances de mon médecin, j'ai l'habitude du milieu hospitalier, je préfère parer à toute éventualité et que l'on me donne mon traitement habituel ! »

Nous lui expliquons que nous ne pouvons pas lui laisser en chambre par mesure de sécurité, que nous les conserverons à l'infirmerie et qu'il lui sera rendu à son départ.

Je lui fais part du projet de soins et lui rappelle les consignes pré-op. Mme P. n'a pas de questions supplémentaires, nous la reverrons au tour du soir.

Le lendemain matin, Mme P. a eu sa prémédication et est descendue au bloc à 8h30 avec le brancardier. Nous nous attelons à la planification des soins pour les autres patients.

Le retour de Mme P s'effectue à 11 heures du bloc opératoire.

¹ La prothèse d'expansion est introduite par l'ancienne cicatrice de mastectomie. L'expansion a pour but de créer de la peau sur la paroi thoracique afin d'implanter plus facilement la prothèse mammaire définitive

² Ablation du sein et des ganglions.

L'ide et moi la réceptionnons, l'accueillons et l'installons dans sa chambre, Mme P est éveillée.

Constante : puls84 /tension137-83/ 95%/ T°36.4/ évaluation de la douleur=3/. Je lui laisse la sonnette à proximité et nous la laissons se reposer.

13 heures : l'infirmière me demande d'aller contrôler les paramètres vitaux de Mme P. Je la trouve somnolente, je l'avertis du soin ;103bpm³/ une tension 135-89mmHg/T°36.8/94% et une Eva a 3 ; je retranscris toutes ces données sur la feuille de surveillance. Je lui demande comment elle se sent et me répond qu'elle reprend ses esprits peu à peu mais ne semble pas vouloir s'exprimer davantage. Je rejoins l'ide et lui transmets les constantes. C. constate une légère hausse du rythme cardiaque et me demande son état général. Je lui explique qu'elle reprenait ses esprits et somnolait à mon arrivée. C. me répond :

« Mme P n'a pas eu son traitement habituel depuis 36 heures. Il n'est donc pas anormal que ces constantes soit légèrement perturbées ; la pharmacie nous le délivrera en fin d'après midi ».

Lors des surveillances post-op, Mme P. a toujours un rythme cardiaque bien au-dessus de la norme : 15h 112Bpm/17h 122 Bpm. La patiente se sent essoufflée avec des sensations de vertiges, nous demande si cela est normal, si l'intervention s'est bien déroulée et, d'une voix fébrile, nous manifeste son inquiétude.

L'ide la rassure et vérifie la prescription. Il y apparaît des antalgiques en lien avec sa chirurgie. Mais l'absence de son traitement habituel. C. vérifie la consultation préopératoire. Un traitement personnel y est bien noté par Dr V. concernant les troubles du rythme cardiaque de la patiente.

Le sujet étant important et face à l'anxiété de la patiente, C. décide de contacter le Dr V. sur sa ligne personnelle (pratique courante dans le service) et de lui faire part de la problématique concernant la patiente.

Celui-ci, très agacé, répond :

- « J'ai fait mon travail, je ne peux rien y faire ! Rapprochez-vous de votre cadre demain ! »

³ NORME : 60/100battements par minute

L'infirmière repose le téléphone, hébétée. Elle se trouve face à une situation complexe, qu'elle n'a alors jamais rencontrée. Elle ne sait pas comment agir et quelles solutions apporter pour satisfaire au mieux les besoins de la patiente.

Elle décide de se rendre auprès de la patiente afin de lui expliquer qu'elle n'est pas en mesure de lui délivrer son traitement ce soir mais s'engage pour que le problème soit résolu dès le lendemain matin.

Face à cette annonce Mme P. manifeste son angoisse et ses craintes par un questionnement.

Elle nous fait part de son mal-être et de son mécontentement. Elle remet en question notre organisation et notre prise en charge et réclame son traitement personnel qu'elle nous a remis lors de son entrée.

Face à son insistance, sa détermination et son angoisse, l'infirmière prend l'initiative de lui remettre son anti-arythmique personnel, respectant les posologies et mode d'administration de la prescription médicale du médecin traitant.

Le lendemain matin, la cadre prend connaissance des transmissions.

Nous lui transmettons la problématique que nous avons rencontrée la veille au soir. Elle consulte le dossier informatisé de la patiente, et identifie la provenance de l'erreur.

Elle constate alors que les prescriptions médicales de l'anesthésiste lors de la consultation pré-anesthésique de Mme P ont été inversées avec une autre patiente. Ceci explique alors l'erreur dans la délivrance du traitement.

Après avoir rassuré l'infirmière, la cadre de santé du service se charge de joindre l'anesthésiste et la pharmacie de l'établissement afin de résoudre le problème dans les plus brefs délais. Le soir même, la patiente a son traitement prescrit et prévu par l'anesthésiste.

Mme P. est satisfaite du réajustement effectué par la cadre de santé.

IV. Question de départ

« Quelles sont les difficultés de collaboration et les risques d'erreurs dans une relation médecin-infirmière en retour de bloc ? »

V. Problématique Pratique

1. Le risque d'erreurs dans les soins

Lors du déroulement du cours dans l'unité d'enseignements 2.11 en pharmacologie le sujet portant sur le « Risque et circuit du médicament » (diapo 31 Mr Dantin pharmacien au Centre Hospitalier Universitaire de l'Archet) est abordé la définition du risque.

Le risque est alors défini comme une situation non souhaitée dont l'occurrence est incertaine, résultant de la survenue d'un événement ou d'un ensemble d'événements défini par deux paramètres indissociables : la probabilité de survenance de cet événement, définie en termes de fréquence d'apparition ou de vraisemblance pendant une période de temps ou un nombre d'opérations, et la nature, l'importance ou la gravité des conséquences de cet événement en termes de dommage sur l'élément vulnérable.

1.1 Définition : « erreur »

Selon le dictionnaire Larousse (poche, édition 2016), une erreur est défini comme acte de se tromper, d'adopter ou d'exposer une opinion non conforme à la vérité, de tenir pour vrai ce qui est faux : commettre une erreur.

La Loi Kouchner du 4 mars 2002 vue au premier semestre par Maitre Audrey Guillotin sur l'exercice professionnel et les responsabilités de l'infirmière, qui dit :

Une erreur est un acte inapproprié, d'une réalisation imparfaite, mais pratiquée dans des conditions de prudence et d'attention non contestables. Il aurait sans doute été possible que l'intervention soit meilleure mais l'imperfection nous renvoie aux difficultés d'appréciation et non à une méconnaissance des règles professionnelles.

1.2 Définition : « erreur dans les soins » appelée « événement indésirable associé aux soins »

La Haute Autorité de Santé désigne une erreur dans les soins comme EIAS. C'est un évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet évènement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement.

Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie.

Selon L'OMS, une erreur se définit comme l'exécution non conforme d'un acte prévu ou l'application d'un plan incorrect. Une erreur peut se produire lorsque, pendant la planification ou l'exécution d'une action, on fait quelque chose qu'il ne fallait pas faire (erreur par commission), ou lorsque l'on ne fait pas quelque chose alors qu'il fallait le faire (erreur par omission) suite à une incompréhension des données ou un manque de collaboration. Commettre une erreur durant les soins, se tromper de dose ou de médicament, transmettre une information erronée, dépasser son rôle propre, ces EIAS surviennent parfois. Les erreurs dans les soins ne résultent pas nécessairement d'une faute. Certaines peuvent être évitées. Les conséquences sont plus ou moins graves pour les patients, les équipes, l'institution et la société. Elles peuvent aussi bouleverser la vie professionnelle des soignants et des patients. Mais ce terme d'erreur ayant une connotation juridique et morale de faute, il constitue un frein à l'analyse objective de l'erreur (analyse pourtant indispensable si l'on veut éviter que l'erreur ne se reproduise). Désormais, on préfère parler d'évènement indésirable plutôt que d'erreur : un événement indésirable est un incident qui entraîne une atteinte pour le patient.

1.3 Les services de chirurgie

Le service de chirurgie est composé d'une cadre de santé, médecin anesthésiste, chirurgien, infirmières, aides soignantes et agents de services hospitaliers.

La chirurgie est un acte médical et une branche de la médecine qui traite les blessures et les maladies par des moyens faisant appel à des manipulations internes ou des opérations.

Je me trouve pour la première fois depuis le début de mes études au sein d'un service de chirurgie, je constate que le travail se fait en étroite collaboration avec le bloc opératoire et les passages réguliers de chirurgiens et de médecin anesthésistes dans le service. L'un ne va pas sans l'autre. La responsabilité de l'établissement, infirmière et médecin et anesthésiste est engagée dès lors que le patient est pris en charge dans le service. La prise en charge du patient en pré, per et post opératoire s'appuie sur une communication, un respect des protocoles du service et une traçabilité efficace entre les services. Lors de mon stage je me suis rendu compte de la nécessité de plusieurs points essentiels en service de chirurgie : une bonne connaissance des mécanismes de la physiopathologie de l'organisme mais aussi la nécessité d'une cohésion de groupe qui permet de renforcer les liens qui unissent les membres de cette même équipe. Je me suis intéressée à un ouvrage paru en 1992 « L'infirmière et la communication », écrit par Gilbert Gasparutto, un infirmier qui a exercé dans plusieurs services aussi bien dans le public que dans le privé.

Cet ouvrage relate l'importance de s'emparer des différents moyens de communication et de les mettre en œuvre efficacement par le biais de différents outils au sein des services de soins, dans le but d'acquiescer une collaboration et une coopération efficaces des partenaires de soins et ainsi une prise en soin efficace des patients.

Un fonctionnement optimal qui repose sur une connaissance des fonctions de chacun, le respect de leurs compétences et une acceptation des zones d'autonomie.

2. Objectifs

Les objectifs d'un service de chirurgie sont d'assurer la prise en soins des patients ayant eu recours à la chirurgie dans le but de réparer un traumatisme grave, corriger ou gommer un défaut ou traiter une infection en prévenant tout risque lié aux chirurgies.

Les risques encourus peuvent être infectieux, hémorragique, thromboembolique. Un travail d'équipe et une bonne collaboration évitent les hospitalisations trop longues et privilégient une reprise de l'autonomie le plus rapidement possible. Ce qui amène une satisfaction des patients quant à leur prise en charge et une diminution des coûts pour les institutions.

2.1 Les conséquences des EIAS sur le patient, le soignant, l'institution, la société

a) Le patient :

Pour le patient, les impacts peuvent être multiples. Cela peut mener à une imprécision, des retards ou des erreurs dans les diagnostics ou les soins, et se traduire par une moins bonne prise en charge de la pathologie du patient, par méconnaissance de son contexte et de ses historiques médicaux. Cela peut être délétère pour le patient mais aussi être amené à avoir une prolongation d'hospitalisation, un transfert non prévu, une perte de fonction transitoire. Mais aussi ressentir une anxiété quant à sa prise en soin, une perturbation de sa dynamique familiale et professionnelle, et se sentir dans un climat d'insécurité psychologique et un manque de confiance envers les soignants.

Dans le cadre législatif la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé: En cas d'action civile ou administrative, le patient qui engage une action doit généralement apporter la preuve d'une faute du praticien mis en cause ou de l'établissement.

En application du Code de la Santé Publique ; il faut prouver: une faute, un préjudice, un lien de causalité. Exceptions concernant : Infection nosocomiale – Matériel utilisé – obligation de sécurité

La loi Kouchner du 4 mars 2002 rappelle les différences entre faute, erreur et aléa

Apports de la Loi du 4 mars 2002 : réaffirmation de la nécessité de prouver une faute pour engager la responsabilité du professionnel de santé.

- La notion de faute : c'est une anomalie de conduite que n'aurait pas présentée le professionnel de santé normalement compétent et diligent placé dans les mêmes circonstances que l'agent du dommage.

- Erreur : acte inapproprié, d'une réalisation imparfaite, mais pratiquée dans des conditions de prudence et d'attention non contestables. Il aurait sans doute été possible que l'intervention soit meilleure mais l'imperfection nous renvoie aux difficultés d'appréciation et non à une méconnaissance des règles professionnelles.

- Aléa : la conséquence imprévue et immaîtrisable d'un acte non contestable mais causant un dommage accidentel ayant un lien de causalité certain avec l'acte réalisé.

Apports de la Loi du 4/03/2002 : indemnisation de l'aléa thérapeutique sans engager la responsabilité du professionnel de santé.

b) Les soignants :

Les conséquences des erreurs dans les soins peuvent aboutir à des poursuites juridiques, créer des tensions dans les services, provoquer un repli sur soi, conduire à une communication et une prise en soin des patients inefficace susceptibles d'entraîner une surcharge de travail pouvant aboutir à un burn out. Il peut aussi y avoir un manque d'engagement de la part des soignants et une forte démotivation au sein de l'équipe.

La responsabilité professionnelle, aujourd'hui et demain, est de répondre aux attentes de la société par des soins infirmiers de qualité.

Responsabilité pénale : le tribunal désigne la personne ayant causé des dommages. Les sanctions pénales sont essentiellement punitives (prison, amende, interdiction d'exercer...) Différents types de faute engagent la responsabilité du professionnel de santé.

- La faute technique
- L'illicéité de l'acte médical ou paramédical
- La violation du devoir de l'humanisme : recueil du consentement et obligation d'information du patient
- Le dépassement des compétences (risque de poursuite pour exercice illégal de la médecine par exemple.)
- La faute dans l'organisation des soins (défaut de surveillance ou défaut de présence ou de compétence médicale ou paramédicale ou d'insuffisance de moyens fournis par la clinique.)

c) L'institution :

Les erreurs dans les soins peuvent entraîner une part de responsabilité des institutions et conduire ainsi à une remise en cause de la sécurité des soins dans l'établissement.

Cette situation peut engendrer un coût financier pour l'établissement et lui donner une mauvaise image dans la prise en charge et la qualité des soins dispensés. La prévention des risques est donc un véritable enjeu pour les établissements de santé.

d) La société :

Les erreurs dans les soins aboutissent à un manque de confiance dans les établissements de santé et peuvent conduire à un refus de soins de la population, avec des aggravations possibles de l'état de santé. Et ainsi engendré un problème de santé publique.

La pérennité de l'établissement est alors remise en question (finances, image, assurabilité).

3. Les Causes des Evénement Indésirables Associé aux Soins

La (ou les) cause immédiate est la plus visible. C'est le plus souvent une erreur commise par un professionnel, dans un acte de soin et qui engendre des conséquences pour le patient.

Par exemple : un mauvais geste, un oubli, un défaut de surveillance, une mauvaise appréciation de la situation, souvent liés à un manque de communication

Les défaillances sont de trois types : (REASON)

- Techniques (panne informatique, dossier patient inaccessible, panne électrique, résultat erroné fourni par un automate ...)

- Humaines: l'erreur humaine est inséparable de l'intelligence humaine (Reason 1993)

Trois catégories d'erreurs sont identifiées : de routine, d'activation de connaissance, de possession de connaissance.

- Organisationnelles: elles constituent 80 % des causes racines des évènements selon la littérature (problèmes concernant essentiellement les interfaces entre les acteurs et/ou entre les secteurs.

3.1 Organisation d'un service de chirurgie

L'organisation du travail dans les services de soins nécessite la coordination avec les différents acteurs de soins, qui peuvent être amenés à intervenir en même temps.

L'amplitude horaire pour le personnel paramédical est bien souvent de douze heures par jour afin d'assurer une continuité des soins efficace, la sécurité du patient sur la journée et réduire le nombre de personnel tournant sur vingt quatre heures. Je m'aperçois que le fonctionnement en douze heures a ses avantages et ses inconvénients, l'article n°565

paru dans « Gestions hospitalières » en avril 2017 met en avant la sécurité à l'hôpital et pointe un nouveau risque d'erreur associé à cette hyper vigilance permanente qui entraîne la fatigue d'attention, l'épuisement informationnel et donc une baisse de vigilance. Mais comme expliqué précédemment, la présence du personnel jusqu'à 3 jours en poste réduit leur efficacité, et fait apparaître une usure physique. Au fil des années, cette usure physique a une répercussion sur le changement physique et psychologique des soignants, des douleurs se font ressentir, un épuisement professionnel émerge, un manque de motivation se fait ressentir ce qui peut amener à des risques d'erreurs.

Le travail en 12 heures permet une meilleure continuité des soins pour les patients mais accentue les risques d'erreurs ; en effet, après 8 heures en poste, l'efficacité est moindre et la fatigue se fait ressentir. Cependant, je n'ai pas constaté de dispositif de surveillance de contrôle face cette fatigue de fin de journée. La préparation des médicaments s'effectue à 16 h, l'interruption de tâche est régulière, les retours de bloc se font jusqu'à tard et malgré leur expérience, les infirmières peuvent être moins attentives.

4. Qualité de soins

Selon la définition de l'OMS, la qualité des soins est :

« Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un meilleur résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. »

La qualité des soins est donc un concept multidimensionnel, requérant des critères de jugement multiples : qualité des contacts humains, qualité du « parcours » du patient dans un établissement, qualité du raisonnement médical devant un examen diagnostique. La qualité des soins est régie, contrôlée et régulée par différents organismes afin de mener et de développer une vision globale de la santé, tout en assurant qualité, efficacité et sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement dans les systèmes de santé en impliquant l'ensemble des acteurs de la santé.

Les agences régionales de santé sont chargées du pilotage régional du système de santé. Elles définissent et mettent en œuvre la politique de santé en région, au plus près des besoins de la population. Elles sont à l'origine de deux grandes missions : le pilotage de la politique de santé publique et la régulation de l'offre de santé en région. Le pilotage de la politique de santé publique en région comprend trois champs d'intervention : la veille et la sécurité sanitaire, ainsi que l'observation de la santé. Lesquels ont pour but d'améliorer la santé de la population et d'accroître l'efficacité du système de santé.

Le Projet Régional de Santé du 14 février 2018 concerne : « le lancement de la stratégie de transformation du système de santé » afin de mieux répondre aux patients d'aujourd'hui et de demain. Le Premier ministre Edouard Philippe et Agnès Buzyn, Ministre des solidarités et de la santé, ont lancé une période de réflexion sur l'évolution du système de santé, période de réflexion qui avait déjà été menée par Mr Juppé en 1995 et ainsi tous les ministres en poste ont visé le travail des systèmes au moindre coût. Il s'agit d'assurer la qualité et la pertinence des soins, qui consistent à proposer la bonne intervention (le bon acte), au bon endroit, au bon moment et par le bon praticien. Ceci concourt à réduire les inconvénients et les risques pour les patients, tout en répondant aux enjeux d'une gestion économe de la santé.

5. Composition et rôle de chaque membre du personnel

a) L'anesthésiste

L'anesthésiste informe sur le mode d'anesthésie adapté, évalue les risques et l'état de santé du patient par divers examens, prescrit les bilans et examens nécessaires et informe du « risque » anesthésique. Deux consultations d'anesthésie sont obligatoires : une à distance de l'intervention et une consultation la veille qui se déroule au sein du service de chirurgie

Une fois l'anesthésiste passé, en présence ou non de l'infirmière, j'ai pu constater une certaine réassurance auprès du patient suite à sa chirurgie.

Le rôle des anesthésistes dans le suivi immédiat des opérés en lien avec les chirurgiens est un enjeu important pour la sécurité des patients. Si la mission première de l'anesthésiste est « d'endormir » le patient, la réglementation impose que cette prise en charge perdure « jusqu'à la reprise des grandes fonctions » (CSP, art. D. 6124, 97-102).

Celui-ci communique à l'infirmière tout soin relatif en pré, per et post opératoire nécessaire à la prise en soin d'un opéré, selon sa pathologie, sa particularité et la chirurgie prévue.

b) La cadre de service

La cadre de service de chirurgie a pour rôle de manager, organiser, planifier, gérer, argumenter, animer, dynamiser, tempérer les équipes. En effet, la place de la cadre est centrale au sein d'une équipe, dans la gestion quotidienne du service, et pour assurer à la fois son fonctionnement et la liaison entre toutes les catégories de professionnelles qui le composent, ainsi qu'entre le service et tous les autres avec lesquels il est en relation. Au sein de l'équipe la collaboration je ressens que l'entente avec la cadre de service facilite les relations entre les soignants ce qui permet un climat de travail agréable et efficace. Un taux d'absentéisme inexistant eu une entraide entre soignants prédominante.

c) Les infirmières

L'infirmière accueille les patients, prend connaissance du dossier, accomplit les prescriptions établies par l'anesthésiste sur la surveillance du patient en fonction des risques encourus. Une communication informative concernant les explications de la prise en charge en chirurgie est donnée aux patients. L'infirmière travaille en collaboration avec les différents acteurs du service. Son rôle est d'expliquer ou réexpliquer au patient la nécessité de ces examens et les conduites à tenir avant l'intervention au regard des protocoles du service, en collaboration avec l'aide-soignante. Elle coordonne la réalisation des examens, vérifie que le chirurgien et l'anesthésiste ont pris connaissance des examens réalisés ou en cours pour le patient. Elle communique les résultats d'examen à l'anesthésiste et elle vérifie la « check list » d'un opéré : selon la haute autorité de santé, les check lists doivent être adaptées au contexte local de l'établissement et aux spécificités de la discipline. Elles doivent être intégrées à la pratique au quotidien, de manière non disruptive par rapport au flux de travail. Cette check list assure alors la sécurité du patient avant qu'il rejoigne le bloc opératoire. L'infirmière est un maillon essentiel dans la prise en charge des patients. Son rôle est capital en chirurgie, elle doit veiller au bien-être du patient et contrôler la

réalisation de chaque étape en coordination avec les autres professionnels. Cependant, en réalité, toutes ces recommandations sont parfois effectuées plus brièvement ; des examens peuvent être omis certains jours très chargés où l'infirmière doit faire face à des imprévus : absence d'une collègue, commande de la pharmacie pas livrée, changement de l'ordre des départs de bloc patient.... L'organisation est alors modifiée et la procédure de base passe en procédure dégradée afin de retrouver une situation normale ou « restaurée » au plus vite. Exemple : la prise en charge du service avec un nombre de patients plus élevé afin de pallier l'absence d'un membre du personnel.

d) Autonomie et responsabilité infirmière

L'ouvrage « Le métier d'infirmière en France » écrit par de Catherine Duboys Fresney, titulaire d'un DEA en psychologie, et Georgette Perrine, infirmière générale,(N° 3052 dans la 7ème édition PUF de 2017) viendra appuyer toutes les situations vécues par les infirmières auxquelles j'ai pu assister lors de mes stages, ce qui a renforcé mes connaissances sur la notion d'autonomie des infirmières, de collaboration et d'aptitude à décider. Ce qui fait partie intégrante de leurs compétences et ainsi développe leur zone d'autonomie. Suite aux procédures qui peuvent être modifiées en fonction des imprévus (organisationnelles, médicales ou techniques) auxquelles peuvent être touchés un service de soins, l'infirmière est une personne capable de réflexion à partir de ses connaissances pratiques et théoriques. L'infirmière ne se veut plus uniquement l'exécutante de quelqu'un, mais l'actrice dans l'identification et la détermination des besoins du patient, dans le cadre de son rôle propre ; donc elle doit passer de l'exécution exclusive à la décision.

La responsabilité des infirmières est engagée à chaque prise de poste, il est nécessaire de se protéger, justifier toute action effectuée en restant dans son champ de compétences, l'infirmière exposée dans la situation vécue a appelé le médecin anesthésiste sur sa ligne directe afin d'amener plus de protection ; il aurait été plus judicieux de passer l'appel par le standard de la clinique afin de conserver une trace de l'heure et témoin.

6. Prévention des erreurs

Selon le journal de la Haute Autorité de Santé (n° 39 paru sur leur site internet en avril/juin 2014), les erreurs médicales ne sont pas nécessairement dues à des fautes commises individuellement par les professionnelles de santé, mais liées au fonctionnement de l'équipe de soins. Bien souvent, un problème de communication est en cause.

Dans ce même article, le chef de service de la sécurité du patient de la HAS met en avant le travail en équipe qui constitue une véritable barrière contre la survenue de risques d'erreurs dans les soins et favorise ainsi la prise en charge du patient et la satisfaction des soignants.

Je constate que bien travailler ensemble n'est pas inné, il est important que les soignants prennent en compte la notion de bonnes pratiques et de prévention des risques. Par exemple, dans la distribution des thérapeutiques, la nécessité de double contrôle ; à la préparation et à la validation des traitements à deux moments différents puis l'administration. Par manque de temps, beaucoup de soignants préparent et administrent en même temps, puis valident dans le logiciel informatique en décalage.

Lors du semestre 5, nous avons eu l'intervention de Mr Losky, de l'agence régionale de la santé des alpes maritimes. Il intervenait dans le but de nous sensibiliser aux erreurs médicales dans les services de soins, notamment ceux commis par de jeunes infirmières diplômées. Dans les exemples pris par Mr Losky, l'erreur médicamenteuse est souvent mise en cause. Elle peut aller jusqu'à provoquer le décès d'un patient. L'erreur médicamenteuse peut être due à des prescriptions informatiques mal interprétées ou un mode d'administration ne correspondant pas au médicament. Les infirmières doivent renforcer leurs connaissances après leurs études et ne pas avoir peur d'interpeller les collègues sur le terrain afin d'avoir des précisions sur un médicament qui peut être inconnu ou mal connu par le jeune diplômé.

Mr Losky a mis également en avant les calculs de dose. J'ai pu constater que beaucoup de logiciels informatiques établissent le calcul de dose automatiquement en fonction de la prescription médicale. De ce fait, l'infirmière ne pratique plus elle-même la logique

du calcul ; elle perd ce savoir-faire et ne vérifie pas la quantité, ne se fiant qu'à l'informatique, une fois de plus véritable rempart à la communication.

a) Les aides soignantes

L'aide-soignante exerce en étroite collaboration et sous la responsabilité de l'infirmière. Elle réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne. Le rôle de l'aide-soignante est de veiller au confort du patient, de transmettre à l'infirmière tout état suspect du patient et d'assurer des soins dans ses compétences, délégués par l'infirmière. Le travail en « binôme » infirmier/aide-soignante est très présent dans le service, il permet à l'infirmière de pouvoir créer une relation de confiance avec l'aide-soignante et, au besoin, de lui déléguer des actes dans son champ de compétences lorsque le service est en activité soutenue. Elle veille également aux précautions d'hygiène des patients, à appliquer les protocoles du service pour un opéré et les habitudes des chirurgiens. Elle assure la surveillance avec l'infirmière des retours de bloc opératoire des patients. C'est un rempart dans l'alerte face à toutes détections de douleurs auprès des patients ou d'effets indésirables lié aux traitements. L'infirmière se réfère beaucoup à l'aide soignante qui est la première soignante en contact direct avec les patients.

b) Le dossier de soins

Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales enregistrées pour tout patient entrant dans le service. Le dossier patient assure la traçabilité de toutes les actions réalisées. Il est un outil de communication, de coordination et d'informations entre tous les acteurs de soins du service. L'écrit professionnel fait partie du dossier de soins qui est un document nominatif et personnalisé à chaque patient, regroupant toutes les informations le concernant.

Il constitue un outil au service de la sécurité et de la qualité des soins pour les patients et pour les professionnels. La traçabilité est très importante et a un impact sur la prise en

charge du patient et sur la responsabilité infirmière ; elle doit être de qualité et probante. Les prescriptions médicales peuvent apparaître également dans le dossier médical.

La traçabilité des soins est une obligation qui a pour objectif l'identification du patient, l'identification des soignants ayant prodigué le soin et la trace de toutes informations durant l'hospitalisation du patient. Elle vise à protéger les patients et les soignants, à améliorer la qualité des soins et leur contrôle, ainsi qu'à rendre le travail en équipe plus efficace. Cependant il est difficile de tracer toutes les actions en temps réel pendant la journée. Les soignants sont généralement en décalage dans la traçabilité des soins, ce qui peut être une source d'erreurs non négligeable avec une omission d'information ou la cible peut être même totalement oubliée.

c) Protocoles du service

Au sein d'un service de chirurgie, la prise en charge pré-op, à J0 et post op passe par un contrôle administratif et médical rigoureux basé sur les recommandations organisationnelles de la HAS afin de comprendre, évaluer et mettre en œuvre (Annexe 1) Le dossier de soins en fait partie ainsi que tous les protocoles internes au service. Chaque infirmière a en charge un nombre de patients dont elle assure la surveillance quotidienne. Suite au cours sur la qualité et les bonnes pratiques dans le dernier semestre de mon cursus, je prends conscience que la réglementation stipule que tous les protocoles de service doivent être informatisés. Or, dans la plupart des services, ce n'est pas le cas et ceux-ci sont difficiles à trouver.

7. Habitude du service

Au sein du service, la surveillance quotidienne consiste à élaborer une planification quotidienne en fonction des besoins de chaque patient et à la réajuster si nécessaire au cours de la journée en respectant les règles de bonnes pratiques instaurées par l'établissement ou la cadre de service en s'appuyant de réglementation. Cependant, les équipes peuvent y déroger. Non pas pour mal faire ou se faciliter les journées mais des écarts à la procédure existent. Comme dans ma situation exposée en première partie, l'infirmière n'ayant pas de renouvellement de prescription s'est vue confrontée à

l'administration d'un traitement sans avoir de prescription mais au regard de l'état de santé de la patiente, l'administration était selon elle nécessaire et dans un cadre de bienveillance.

a) Accueil des patients en chirurgie

Les entrées des patients s'effectuent en deux temps ; dans un premier temps l'aide soignante relève les données cliniques et explique le déroulement des douches Bétadine préopératoire, recueille les documents administratifs (le consentement, la personne de confiance) et informe le patient de tous les usages pratiques : visites, télévisions... Une fois l'accueil fini, l'aide soignante transmet à l'infirmière les données. L'infirmière va à son tour faire l'accueil du patient et établit les prescriptions médicales type prélèvements sanguins prescrits par le médecin anesthésiste, telles que des recherches d'anticorps irréguliers, groupage... Il est nécessaire que le prélèvement soit établi à deux moments différents par deux infirmières différentes afin d'éviter toute erreur dans la dénomination du groupe sanguin du patient. Pendant mon stage, je n'ai vu que très peu de fois effectuer ces bonnes pratiques ; les entrées parfois nombreuses s'effectuent à partir de 15 heures, conjointement à des retours de bloc importants. Les infirmières dérogent à ces bonnes pratiques par manque de temps.

b) Suivi des prescriptions pré et post op du patient

L'infirmière agit mais, grâce à la formation qu'elle a reçue, a des facultés à comprendre les prescriptions des médecins. Elle se doit d'intervenir au regard de toute prescription lui paraissant douteuse dans l'association de deux thérapeutiques ou les dosages afin de recueillir de plus amples informations auprès du médecin. Il ne faut pas omettre le caractère de risque léthal et les conséquences gravissimes possibles des erreurs médicamenteuses. L'infirmière n'est pas le prescripteur mais elle reste l'administratrice et le dernier rempart avant le risque d'erreurs. Cela peut être lié à un défaut de prescription ; type anticoagulant qui est régulièrement prescrit suite à une chirurgie, le manque d'anticoagulant peut avoir des conséquences graves pour le patient. Elle se doit alors d'en avertir le médecin et décidera des suites à mettre en place.

8. Collaboration médecin anesthésiste infirmière

a) L'anesthésiste au bloc

L'anesthésiste au bloc opératoire reçoit le patient avec toutes les informations informatisées et papiers jointes au dossier médical, les surveillances, prescriptions et protocole d'un opéré appliqué par l'infirmière et l'aide-soignante du service. Celui-ci agit au regard des résultats des différents examens établis par le patient en amont de sa chirurgie. Il procède à la sédation du patient et ce, jusqu'à la fin de l'intervention. Il communique les informations nécessaires à la prise en charge au retour de bloc dans le dossier pour assurer la continuité des soins du patient. Il effectue ses prescriptions à mettre en place pour les suites de l'intervention via le système informatique.

b) L'infirmière en service

L'infirmière en service se doit de communiquer à l'anesthésiste tout retour d'examens pouvant compromettre l'intervention de celui-ci. Elle agit au regard des prescriptions du médecin anesthésiste au retour du patient. Elle effectue les surveillances relatives aux dispositifs mis en place mais aussi aux protocoles de surveillance établis par l'anesthésiste d'un patient en retour de bloc. Elle évaluera les signes cliniques et mettra en place les traitements prescrits afin d'éviter l'apparition de douleurs ou d'en éviter l'augmentation.

c) Les prescriptions

En service de chirurgie, la prescription est faite par l'anesthésiste ; l'infirmière prépare et distribue les traitements aux patients. La distribution des médicaments relève de la seule compétence des infirmiers dans les établissements de santé.

Les prescriptions sont obligatoires. Face à un refus d'une prescription écrite, une infirmière qui ne dispose que d'une prescription orale ne peut pas s'abstenir de prodiguer les soins. Elle se doit, hors urgence, d'essayer par tous les moyens d'obtenir cette prescription écrite en tentant de joindre le médecin par téléphone en présence d'éventuels témoins, de faire appeler ce médecin par le standard de l'établissement, de chercher à joindre le chef de service et si nécessaire le médecin de garde. Si le refus

persiste ou si le médecin ne souhaite toujours pas se déplacer, l'infirmière consignera avec précision tous les actes ordonnés oralement dans le dossier de soins infirmiers et ce, afin de se protéger en cas de « problèmes », contre des actes qu'elle n'a pas exécutés de sa propre initiative.

Une fois la crise passée et les soins réalisés, l'infirmière établira un rapport circonstancié à son cadre référent afin que celui-ci mette tout en œuvre, avec l'administration de l'établissement, pour parvenir au respect de la règle : la prescription médicale est écrite. Elle constitue un élément décisif de la sécurité et du respect qui sont dus aux patients.

Il ne faut pas inverser les rôles, l'obtention de la prescription écrite n'est pas une obligation infirmière, c'est d'abord et surtout une obligation médicale. Les personnels infirmiers sont souvent le dernier rempart de sécurité avant l'erreur, car ils exécutent le dernier geste (de la chaîne des soins). Ce dernier geste doit être réalisé dans le respect de la réglementation en vigueur permettant ainsi de garantir une sécurité optimale au patient.

C'est pour cela que chaque acteur de santé se doit de répondre de ses actes dans le cadre de sa responsabilité professionnelle ; l'implication du médecin est primordiale et cet acte majeur doit être respecté.

d) La réglementation des écrits professionnels

Les écrits professionnels sont la garantie de la pérennité de la prise en charge du patient et de la sécurité juridique de l'infirmière. C'est pourquoi des textes en posent le cadre réglementaire. C'est également un enjeu de professionnalisation et d'amélioration des pratiques. Selon le CSP, les articles R.4311-1 R.4311-2, ces écrits font partie du socle de la profession d'infirmier au regard des observations cliniques. Ils sont également le recueil d'informations utiles aux autres professionnels c'est donc la base d'un travail en équipe.

9. Le lien : Les supports de communication

Transmissions orales, transmissions écrites dans le dossier du patient et ordinateurs : tous ces supports sont en service de chirurgie. L'interface technique est la plus utilisée au sein du service de chirurgie, ce qui ne favorise pas les rencontres avec le personnel médical.

Ces communications concernent la vie interne du service mais aussi le lien avec le bloc opératoire.

a) Les transmissions orales

Au sein du service, les transmissions orales avec le médecin-anesthésiste sont essentiellement établies en pré opératoire. Suite à l'intervention il est rare de revoir l'anesthésiste, toutes les nouvelles données clinique passent par le logiciel informatique. Les transmissions orales ne découleront pas nécessairement d'une exécution, elles peuvent permettre de recueillir plus amples informations suite à une prescription établie par le médecin. Mais elles ne sont pas toujours la meilleure des alliés.

« Pas tracé Pas fait » et l'on engage notre responsabilité. Il y a également les transmissions orales inter équipes.

b) Le téléphone

En service de chirurgie, le téléphone permet de contacter les services internes à l'établissement concernant la prise d'examens complémentaires à la demande du médecin ou de recevoir les derniers examens effectués par le patient. Il permet aussi de joindre les différents responsables médicaux et paramédicaux. Les médecins peuvent également nous joindre afin d'avoir de plus amples renseignements dans la prise en soins du patient. Il permet également de faire la jonction avec le brancardage pour le départ et le retour au bloc. Cependant, la communication par téléphone n'intervient pas toujours au moment le plus adéquat, il est souvent responsable de l'interruption des tâches infirmières; cela suppose une prise de note qui n'est pas toujours réalisable sur l'instant.

c) Les transmissions écrites

Les transmissions écrites débutent dès la prise de poste avec la contre équipe qui a pris soin de mettre à jour la planification des soins du jour et d'annoter d'éventuelles modifications.

Les transmissions écrites permettent de recueillir des informations véritablement utiles qui donnent la meilleure visibilité du patient et des soins à entreprendre, à stopper ou à poursuivre par l'équipe sur la journée ou de nuit. En service de chirurgie, elles sont le lien premier avec le bloc opératoire. Mais aussi le rappel sur la journée à retranscrire dans le logiciel informatique.

d) Les ordinateurs = logiciel informatisé

Les ordinateurs permettent de recueillir les prescriptions, de fournir une preuve de traçabilité des thérapeutiques administrées ou non par les infirmières. Le logiciel permet l'identification de la personne ayant validé et de l'heure exacte à laquelle cette validation a été faite. Les médecins anesthésistes l'utilisent pour établir leurs prescriptions. Il peut être également consulté par tous les intervenants ayant en leur possession un code d'accès fourni par l'établissement. Certes cette interface technique permet un suivi des patients dans sa globalité mais il est aussi une barrière de communication avec les médecins, car la possibilité de se connecter à distance ne privilégie pas les contacts directs avec les infirmières.

10. Communication médecin anesthésiste-infirmière

La relation médecin-infirmière est fondée sur un partenariat : ensemble, leur activité professionnelle vise en premier lieu le soulagement et la guérison du patient au sein du service de chirurgie. Cependant, la communication entre le médecin et l'infirmière peut être plus ou moins fluide. La personnalité de chacun peut être un obstacle dans une collaboration efficace. Certains médecins peuvent être parfois assez inaccessibles. La communication relève d'une adaptation à l'autre. La communication s'apprend, dire les choses sans employer le « TU » car le « TU » « TUE ». Il est important d'avoir un positionnement de bienveillance et d'agir au regard d'une bonne efficacité dans l'intérêt du patient et du climat professionnel.

a) Le travail au bloc opératoire

Le travail au bloc opératoire est une entité à part, avec un mode de fonctionnement spécifique. Les professionnels de santé appellent ça « une marche en avant du patient » : celui-ci rentre dans le SAS, passe en salle d'intervention, en salle de réveil puis retourne en service.

b) La charge de travail

Selon le programme du jour, la charge de travail peut être assez conséquente, ou des urgences peuvent s'ajouter, rendant ainsi l'équipe moins disponible. Des prescriptions en décalage des remontées de bloc des patients. Des anesthésistes moins disponibles du fait de l'intensité du rythme de travail.

c) Dysfonctionnement dans les services de chirurgie

Avant tout, la perception d'un dysfonctionnement doit être soulevée avec qui de droit, même si au niveau de l'infirmière, le premier constat pourra être une analyse superficielle. Sachant que toute analyse mène à essayer de comprendre la cause profonde. « Les erreurs de diagnostic » (article n°565 paru dans Gestions Hospitalières en avril 2017) met en avant les différents facteurs qui entraineraient un dysfonctionnement : le facteur humain est souvent évident mais les facteurs organisationnels et environnementaux ne sont pas à négliger. En chirurgie, ils peuvent être multiples : un problème de communication, une confusion de dénominations dans les thérapeutiques, un problème d'étiquetage ou d'informations.

11. Déontologie

Le code de déontologie des infirmières inscrit leur rôle dans une dynamique pleinement collective. Cet esprit collectif vise à atteindre des grands objectifs de la politique de santé et confère aux professionnels une véritable responsabilité sociale.

Article R4312-10 :

« Envers ses patients, l'infirmière se doit de délivrer des soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science, en y consacrant le temps nécessaire et sans entreprendre ou poursuivre des soins dans des domaines qui dépassent ses connaissances. »

Articles R4312-32 à R4312-58 :

« Le code de déontologie affirme l'autonomie et l'expertise de l'infirmier notamment face à la prescription médicale. L'infirmier n'est pas un simple exécutant. Il est capable de discerner si une prescription contient une erreur ou si elle s'avère ne plus être adaptée compte-tenu de l'évolution de la situation du patient. Si son devoir est de revenir vers le prescripteur en lui fournissant tous les éléments utiles à l'adaptation de la prescription, il adopte, dans le cadre de ses compétences, l'attitude la plus à même de préserver la santé du patient et le protège de tout risque injustifié »

Les infractions au code de déontologie sont passibles de sanctions disciplinaires (avertissement, blâme, interdiction d'exercice, radiation...), sans préjudice des poursuites pénales qu'elles seraient susceptibles d'entraîner.

La MACSF a mis en ligne un article concernant le nouveau code de déontologie effectif depuis le 27 mai 2017 ; « les infirmiers en fonction et inscrits au tableau de l'ordre sont tenus de déclarer sur l'honneur au conseil départemental dont ils relèvent qu'ils ont pris connaissance du code de déontologie et qu'ils s'engagent à le respecter ».

12. Les représentations de chacun des membres (annexe 2.1)

Lors des entretiens effectués auprès de deux anesthésistes et deux infirmières ayant chacun une ancienneté professionnelles différentes, les représentations de chacun des membres concernant la collaboration médecin anesthésiste est la suivante : les anesthésistes regrettent le manque de pratique pour les infirmières, et ainsi suggèrent une immersion au bloc opératoire, ce qui pourrait leur donner plus de confiance au sein du service de chirurgie et une analyse du patient plus efficace. Les infirmières ont du mal à acquérir cette confiance et manifeste une certaine crainte vis-à-vis du médecin. Face aux éventuelles interrogations dans la prise en charge de patient en post opératoire, elles auraient tendance à demander à leurs collègues ou cadre du service plutôt qu'à

l'anesthésiste. De plus, l'interface technique est omniprésente dans les services et les possibilités de communication en face à face sont restreintes, ce qui n'encourage pas le contact direct médecin/infirmière.

Tous ces facteurs relatés par les professionnels médicaux et paramédicaux engendreraient des difficultés de collaboration et de communication entre personnels de santé et seraient risqués d'erreurs.

VI. Question centrale

« En quoi une communication exclusivement centré sur des interfaces technique a-t-elle un impact dans la collaboration et la qualité des soins ? »

13. Etude des concepts

La communication est l'ensemble des moyens et des techniques à mettre en œuvre pour prévenir autant que possible les risques d'erreurs. Elle nécessite d'organiser ses idées, les hiérarchiser et faire passer un message le plus efficacement possible, qu'il soit oral ou manuscrit. Une communication uniquement basée sur des interfaces techniques ne peut pas engendrer un échange efficace et ne permet pas d'établir une relation de confiance entre professionnels.

Nous ne pouvons pas ne pas communiquer ; chacun communique à sa façon. Dans le milieu médical, la communication est basée selon des modèles, qui ont été explorés puis revus par des mathématiciens. En effet, une seule prescription mal comprise, une information mal interprétée peuvent provoquer des dysfonctionnements. Il en va donc de la sécurité des soignants et des patients, et de la pérennité des établissements.

a) Concept de communication

Je me suis intéressée à l'ouvrage de Sylviane Fritz, docteur en psychologie, auteur de : « Moi et le management : être acteur de son développement personnel ».

Sylviane Fritz fait ressortir les différents modèles de communication abordés au XXème siècle ; le modèle de la communication linéaire, le modèle de la communication circulaire et le modèle de la communication systémique. J'établis le lien avec les cours abordés dans l'unité d'enseignement 4.2S2 Soins relationnels.

Sylviane Fritz dit que : « *Si la communication a été l'élément moteur fondamental de l'évolution du cerveau humain, c'est grâce à sa subtilité et à sa complexité Et ceci rend difficile sa mise en équation* ».

1. Les modèles de communication

Lors du second semestre de formation, la théorie de la communication a été abordée selon Shannon (ingénieur) et Weaver (philosophe), qui ont mis en avant, en 1949, « The mathematical theory of communication ». Ce modèle s'attache à montrer que toute transmission d'informations peut être formalisée selon un schéma mathématique simple.

2. Le modèle de la communication linéaire

Ce premier modèle s'inscrit dans le « schéma des causes » issu de la pensée dualiste de Descartes (mathématicien, physicien, philosophe) sous forme de ligne.

Une communication linéaire s'établit avec un émetteur qui envoie le message et un récepteur qui le reçoit par différents canaux de communication (oral, écrit...), ce qui déclenche une action. Dans cette théorie, les deux acteurs de la communication sont parfaitement distincts ; cependant, des parasites (bruits de services, téléphones, patients, collègues de travail) peuvent être la cause de mauvaises formulations, d'incompréhensions, d'approximations. Cette pensée linéaire cause/effet ne peut traduire la réalité de la communication. Cette méthode est trop souvent utilisée dans les services. Une information transmise par les médecins, anesthésiste ou cadre de santé des services par un simple message nécessitant une exécution immédiate des équipes soignantes, est souvent ni entendue ou ni retenue parce que l'ordre est mal compris. Avec ce mode de communication linéaire, la faute est reportée sur le récepteur.

Dans une communication linéaire :

- le message peut être fermé quand il concerne l'exécution par prescription d'un acte qui entre dans les compétences de l'infirmière. Il véhicule alors un rapport d'autorité utilisé à bon escient.

- le message ouvert se finira par un message fermé, ce qui établit une collaboration et un travail en équipe. La communication implique autant l'émetteur que le récepteur afin d'obtenir un objectif qualitatif.

Cependant, ce modèle a ses limites et ne prend pas en compte le fait que la communication est faite par des individus au sein d'une équipe influencés par de nombreux déterminants (psychologiques, cognitifs, sociaux, environnementaux...).

3. La méthode circulaire

Cette méthode circulaire a été découverte par Gregory Bateson (anthropologue et psychologue). Elle prend en compte une dynamique et correspond à flux : il existe une interaction entre 2 interlocuteurs, et non plus simplement un message émis d'un émetteur à un récepteur. La notion de « feed-back » ou boucle de rétroaction fait basculer le concept de communication.

L'émetteur est en même temps récepteur et réciproquement. Il y a alors un échange entre des personnes et une compréhension du message plus efficace. Cette méthode a amené une approche systémique dans le domaine des relations humaines. La boucle interactionnelle constitue la base de toute vie biologique puisque si la vie perdure, c'est fondamentalement grâce à des mécanismes d'adaptation à l'environnement.

Dans les services de soins, ce mode de communication permet un double contrôle.

Il existe des rétroactions qui participent au modèle de communication circulaire. Elles sont soit négatives, soit positives. Dans le cas où une prescription comporte une incohérence ou un oubli, l'infirmière établira une boucle de rétroaction négative, laquelle amortira ou modifiera le sens de l'information, ceci pour désamorcer le risque d'erreurs. A contrario, la rétroaction positive renforce le sens de la première information. Par exemple, l'aide-soignante signale une rougeur au sacrum de Mr X, l'infirmière se rendra avec l'aide soignante auprès de Mr X afin d'effectuer un soin.

Dans son ouvrage « La nouvelle communication » (édité par Seuil en 1984), Baseton explique : « *Ce modèle de la communication n'est pas fondé sur l'image du téléphone ou du ping-pong, un émetteur renvoie un message à un récepteur qui devient à son tour un émetteur – mais sur la métaphore de l'orchestre...mais dans ce vaste orchestre culturel, il n'y a ni chef ni partition. Chacun joue en s'accordant sur l'autre avec des rétroactions* ».

De nos jours, les interfaces techniques ont pris une place de plus en plus importante dans les services ; les soignants passent les trois quarts de leur journée face aux écrans d'ordinateurs (validation des traitements, transmission ciblée, constantes des patients, commande de pharmacie, entrée des patients...), avec le souci d'accès au WiFi dans le couloir du service ou de la charge suffisante de l'ordinateur.

La communication par le biais des interfaces techniques est une barrière dans la collaboration entre les soignants et diminue le temps consacré aux patients. Il y a un manque évident de rétroaction. Nous sommes repassés en méthode linéaire en ne prenant plus en compte les différents facteurs psychologiques, cognitifs, sociaux, environnementaux.

4. La communication systémique

Qu'est ce qu'un système ? Selon Edmond Marc et Dominique Picard, auteurs de « Relations et Communications interpersonnelles »(des éditions DUNOD en 2000), un système est un ensemble d'éléments en interaction tels qu'une modification quelconque de l'un d'eux entraîne une modification de tous les autres.

Il possède une structure composée d'une limite entre le système lui-même et son environnement, d'éléments reliés par un réseau de communication. Il est donc nécessaire d'adapter notre langage en fonction du message que nous voulons faire passer et en restant à l'intérieur du « système ». Ce qui signifie que, pendant notre temps de travail, nous devons nous limiter à des communications à l'intérieur du « système de service de soins » ou repérer les autres moments qui permettent aux soignants de sortir de la communication concernant le service de soins , par exemple, pendant les temps de pause déjeuner.

Beaucoup de soignants ont un échange hors du contexte de travail et développent des liens amicaux qui peuvent faire dévier leur communication sur des sujets amicaux pendant les temps de travail. Afin de ne pas être distraite dans la prise en charge des patients, il est important que cette part de notre vie soit différenciée du travail.

5. Quatre grands principes :

N°1 : ***On ne peut pas ne pas communiquer*** ; la communication est liée au comportement des individus. Il n'y a pas de « non comportement », le silence et l'inaction sont des comportements, par conséquent la communication est permanente. Pourquoi une inaction de la part d'une -elle orale ? Écrite ? En face à face ? Pourquoi ne retourne-t-elle pas vers le médecin afin de comprendre sa demande ?

N°2 : ***Toute communication présente deux aspects*** : le contenu et la relation entre les individus. Communiquer, c'est aller vers l'autre, ce qui amène à une métacommunication. La métacommunication, c'est échanger sur sa propre communication, ce qui peut s'avérer utile pour sortir d'une situation de blocage de communication.

Ex : Lors de ma situation vécue, l'infirmière aurait pu s'exprimer différemment.

« Si je vous dis cela, c'est parce que je ne sais que cela n'est pas dans vos habitudes ...Pourrions-nous voir cela ensemble ? » : j'explique et je justifie le pourquoi de ma communication.

N°3 : ***La communication est un système circulaire d'échange*** ; le comportement de l'un induit le comportement de l'autre, qui lui-même induit de nouveau le comportement du premier. Toute communication entraîne une réaction (« feed-back »). Mais nous avons tendance à minimiser l'impact de notre propre attitude sur le comportement de l'autre, ce qui est source de nombreux conflits relationnels. L'attitude de certains personnels médicaux ou paramédicaux ne nous incite pas à communiquer et génère des tensions au sein des équipes. Une communication minimale d'un soignant amène les autres soignants à ne pas communiquer avec lui. J'ai pu constater que d'une équipe à une autre, la communication et la dynamique de groupe peuvent être totalement différentes selon la composition et le caractère des membres qui la composent.

La communication n'est en réalité qu'une chaîne d'actions et de réactions.

N°4 : ***Deux modes de communication*** ; la communication analogique ou non verbale définit la relation. Elle est le support privilégié de l'émotion. Ses capacités d'expression sont larges (intonation de la voix, gestuelle, mimique, expression faciale...), mais manquent de précision. Ce mode est intuitif et reste compréhensible sans dictionnaire. La communication, quand elle est digitale ou verbale, concerne tout ce qui est de l'ordre de la parole. Elle est bien adaptée à la transmission de l'information. Dans la communication verbale, le message est clair, simple, précis. Le message est émis à un bon moment, dans un lieu adapté. Le vocabulaire commun est connu.

Ces deux modes coexistent et se complètent dans chaque message. Nous pouvons détecter l'importance du message lorsque ces deux modes y sont associés.

Ainsi la communication est la clé d'un bon fonctionnement dans notre quotidien, mais d'autant plus dans les services de soins, selon James Reason, expert en facteurs humains, abordé en semestre 4 en gestion des risques. Les défaillances organisationnelles constituent 80 % des causes racines des événements selon la littérature, avec des problèmes concernant essentiellement les interfaces entre les acteurs et/ou entre les secteurs. Enfin, une excellente habileté de la communication et la confiance entre les différents professionnels, le partage dans les planifications et les prises de décisions ainsi qu'une communication ouverte sont des facteurs qui mènent à une collaboration médecin/infirmière efficace. La Haute Autorité de Santé a publié en avril/juin 2014 (n° 39) un article sur « le travail en équipe et des soins plus sûrs ». Cet article met en avant les erreurs médicales qui ne sont pas nécessairement dues à des fautes commises individuellement par les professionnels de santé. Pour preuve, plus d'un quart des événements indésirables associés aux soins sont liés au fonctionnement de l'équipe de soins. Bien souvent, c'est un problème de communication qui est en cause. Il en ressort que la collaboration et la coopération entre médecin et infirmière au sein des services de soins y sont centrales, et qu'elles passent par une communication maîtrisée. Seule, il est difficile de faire avancer les choses. Le travail en équipe joue donc un rôle majeur dans la qualité de la prise en charge des patients et, au final, de leur satisfaction envers le système de santé.

6. La notion de GROUPWARE

Il me paraît essentiel d'aborder un dernier point dans le concept de communication : le « groupware ». Selon Peter et Trudy Johnson-Lenz chercheurs , le « groupware est l'ensemble des processus et procédures d'un groupe de travail devant atteindre un objectif particulier plus les logiciels conçus pour faciliter ce travail de groupe ».

Par ce terme, on désigne les méthodes et les outils logiciels permettant à des utilisateurs de mener un travail collaboratif par l'intermédiaire de la communication électronique. Ainsi, le terme groupware renvoie à des applications diverses et variées concourant à un même but : permettre à des utilisateurs de travailler en équipe en même temps avec des ordinateurs différents.

Le travail en équipe peut se concrétiser par le partage d'informations, ou bien la création et l'échange de données informatisées. Les médecins ont aussi la possibilité de prescrire de chez eux sans pour autant avoir l'observation clinique du patient.

b) Concept de Collaboration

Selon le Centre national de Ressources Textuelles et Lexicales (CNTRL), « Collaborer » est dérivé du latin « Co-operare » signifiant œuvré, travaillé ensemble.

Il s'agit de coopérer avec les autres professionnels de santé pour une meilleure prise en charge du patient. Partager des compétences à condition que tous les intervenants aient reçu une formation adéquate et reconnue. Lors de la formation d'infirmière, différentes unités d'enseignement nous amènent à acquérir et renforcer nos futures collaborations pluridisciplinaires ; l'unité d'enseignement 3.3 sur « les rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité », l'unité d'enseignement 4.2 sur les « Soins relationnels ». Elles ont pour but de nous apprendre à collaborer et transmettre les bonnes informations. En revanche, dans la formation des médecins, peu d'axes sont mis en pratique afin d'acquérir cela lors de leurs études alors que les études médicales et paramédicales seront amenés à travailler ensemble. Je constate que la collaboration est essentielle dans notre formation infirmière mais que nos cursus de formation reste cloisonnés et uniprofessionnels ; aucune rencontre n'a pu être établie entre infirmières et médecins, alors que notre collaboration sera essentielle sur le terrain.

La revue « Soins Cadres » (n° 92 de paru en novembre 2014), une méthode permettant d'acquérir des compétences dans le domaine de la collaboration professionnelle dans nos programmes de formation a été mise en avant. Une rencontre entre étudiants infirmiers (semestre 4) et médecins en formation (3eme année) a été organisée dans un IFSI en 2014. Ceci afin de mieux connaître les deux professions et permettre une collaboration pour améliorer la qualité des soins en effectuant des simulations autour du patient. Les étudiants se sont aperçus de l'intérêt de la présence de l'autre. L'apparition d'une confiance mutuelle et la notion de communication a été constaté par les étudiants lors des mises en situation. Ces rencontres devraient pouvoir s'organiser autant que possible dans les centres de formation. Elles permettraient de développer une meilleure confiance entre infirmière-médecin et accentuer la collaboration directe, et non par le biais des interfaces.

La collaboration se construit au jour le jour dans une équipe interprofessionnelle. Selon Danielle D'Amour, professeure agrégée de la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, la collaboration interprofessionnelle est « *faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habileté...* (Thierry Desbonnet, Cadre de santé.com 2005). Le domaine de la santé est un des pionniers dans la reconnaissance de la collaboration interprofessionnelle.

Selon l'OMS , la collaboration est définie « lorsque de nombreux travailleurs de la santé ayant différentes formations professionnelles offrent des services complets en travaillant avec les patients, leurs familles, les soignants et les collectivités, afin de prodiguer des soins de la plus grande qualité possible dans différents milieux d'intervention ». (Healthacademy, 2014)

«L'Organisation du travail et inter professionnalité » abordé au 3eme semestre a mis en avant les enjeux d'une coopération efficace avec la garantie aux patients d'une offre de soins adaptés à leurs besoins, la limitation de coûts en matière de transport.

Permettre la valorisation de l'exercice infirmier permet à celle-ci d'atteindre un niveau d'expertise et libérer du temps médical pour des missions qui ne peuvent être déléguées. Pour être de qualité, la collaboration interprofessionnelle nécessite un environnement

organisationnel propice à l'interaction et à l'échange entre des professionnels aux compétences différentes. Il est nécessaire d'accorder du temps pour que les professionnels de santé puissent échanger sur les patients, et mettre en place de nouvelles procédures internes au service. En effet, établir une relation en face à face permet une confiance et un respect mutuel entre professionnels. Cette volonté de collaborer dépend également de chaque individu. La confiance, le respect mutuel, mais aussi la collaboration n'entrent pas en contradiction avec le « sens » idéal que nous donnons à notre travail. Cela dit, l'acceptation des règles de l'entreprise peut entraîner une discordance entre ses idées, ses valeurs et la réalité du terrain.

« Travailler en équipe pour des soins plus sûrs » (Parution sur le journal de la HAS sur le web article n°39), le chef de service de la sécurité du patient de la HAS met en avant le travail d'équipe. Celui-ci constitue une véritable barrière contre la survenue de risques d'erreurs dans les soins et favorise la prise en charge du patient. Une équipe hospitalière qui fonctionne bien est source de bien-être au travail pour les professionnels de santé.

Or, bien travailler ensemble n'est pas inné, et les professionnels ne sont pas formés à ces bonnes pratiques durant leurs études. L'ouvrage « Soigner l'hôpital » écrit par Josette Hart (ex- cadre infirmière) et Alex Muchielli (professeur à l'université), (paru aux éditions Lamarre en 1997), souligne l'importance d'une prise de conscience de l'importance du travail collaboratif. Et la collaboration débute entre la direction, les médecins et les cadres de service. Le dysfonctionnement du service peut être dû à des faiblesses de management ; le cadre est alors mis en situation délicate, avec des répercussions pouvant aller jusqu'à l'équipe soignante. Des tensions peuvent survenir et entraîner des risques d'erreurs dans les services. Par exemple, la direction peut décider qu'un service de chirurgie n'a pas assez de remplissage dans une spécialité chirurgicale et ouvrir des lits pour les urgences provisoirement. Il est alors difficile pour l'équipe de tout gérer, de définir des protocoles et d'avoir une bonne organisation. La stratégie est alors inefficace et peut amener à une qualité des soins moins efficace et un surmenage progressif. Une constatation a été faite par les auteurs que le personnel soignant se bloquait et préférerait ne pas manifester leur surmenage afin de ne pas être accusés de ne pas pouvoir faire face. La communication est alors à nouveau au centre d'un

dysfonctionnement du service, le personnel se plaint que les cadres ne les réunissent jamais et que les prises de décisions concernant les services ou les problèmes inhérents au service se discutent sans eux.

Au vu de l'importance du travail en équipe, la HAS a pour objectif d'aider les professionnels de santé à améliorer leur façon de pratiquer collectivement via la mise en place de l'amélioration continue du travail en équipe (Pacte mis en place en 2013). Et ce, avec un enjeu majeur : la sécurité des patients. Il s'agit de faire prendre conscience aux personnels (médical et paramédical) de l'importance du facteur humain et des compétences non techniques dans la prise en charge des patients et de les sensibiliser aux pratiques collaboratives autour de la qualité et la sécurité des soins. Ainsi, des scénarios ou des apprentissages techniques dans un environnement réaliste ont été recréés afin d'avoir un retour d'expérience immédiate et une évaluation des acquis. Les intérêts de la simulation permettent de travailler sur les facteurs humains mais aussi sur la gestion des risques, comme nous avons pu l'étudier dans « la chambre des erreurs » la gestion des risques pendant la formation d'infirmière. A ce jour, la HAS a pu constater des enjeux secondaires qui peuvent mettre en péril la sécurité des patients : la qualité de vie au travail et le développement professionnel continu sont des axes à prendre en considération afin de garantir la sécurité des patients et la qualité des soins.

c) Concept de la qualité des soins

Au sein du système de santé, la démarche qualité est une approche organisationnelle permettant un progrès permanent dans la résolution des non qualités.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé : « La qualité des soins doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Selon le Conseil International des Infirmières (CII) (publication CII, 1986) : « La qualité des soins infirmiers est le degré de conformité des soins donnés par le personnel

infirmier, à des normes fixées d'avance. Selon les cours de l'Unité d'enseignement 4.8.s6 sur la qualité des soins et l'évaluation des bonnes pratiques, la norme correspond au niveau à atteindre. Elle est fixée en fonction de ce qui est souhaitable pour le patient et l'avancée des connaissances. Les normes sont fixées par des sociétés savantes et apparaissent dans les services de soins sous forme de textes réglementaires, recommandations et référentiels, protocoles... On ne peut pas parler de qualité sans évaluer, ce qui consiste en l'analyse des pratiques professionnelles en regard des recommandations validées par la HAS, qui inclut la mise en œuvre et le suivi d'amélioration. L'amélioration au sein des services s'effectue par le biais de formation sur le développement professionnel continu, lequel est obligatoire et vise à associer des connaissances et évaluer les pratiques professionnelles des soignants. Le but est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Il permet également de favoriser les coopérations interprofessionnelles.

L'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 dit que : « ... amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation » ANAES 2002 (Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé).

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et au Territoire (HPST) inscrit comme priorité la qualité et la sécurité des soins et met en avant la pertinence de la mesure et de l'utilisation de ces outils.

Lors de mon stage en service de médecine, un document circule dans le service. Celui ci concerne le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS)

Le PAQSS est une vision globale de la qualité et sécurité des soins, c'est-à-dire qu'il contient tout les plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à l'hôpital. C'est un outil en perpétuelle évolution entre les actions finalisées et celles qui sont introduites suite à des évaluations ou à des nouveaux projets. Au sein du service de médecine, un projet est mis en place depuis une année afin d'observer, conserver et/ou améliorer les fragilités cognitives, locomotrices, sensorielles, cutanées, nutritives

présentes chez les patients du 3eme voire 4eme âge. Une évaluation est réalisée à l'entrée du patient et s'effectue en recueillant un diagnostic de situation qui se base sur les habitudes de vie des patients à l'extérieur du service. Ce recueil est noté de 0 (ne fait pas) 0.5 (partiellement) 1(autonome) à J-15, J0 puis tout au long du séjour. L'accomplissement des missions spécifiques au service est de s'inscrire dans une démarche de qualité tant au niveau opérationnel qu'au niveau de la direction (contrôle de fonctionnement de la structure, de sa santé financière, respect des recommandations de l'HAS, certification).

Ce projet est suivi par le service de qualité-gestion des risques et les pilotes du comité de lutte contre les infections nosocomiales, comité de lutte contre la douleur, comité de liaison en alimentation et nutrition mais aussi les groupes de travail (bienveillance, escarre...)

1. La Sécurité des soins

La sécurité des soins est une exigence croissante et légitime, de tous les usagers de la santé et de tous les patients, dans un contexte où les événements indésirables graves ou non, sont encore trop fréquents. Pour y faire face, chaque établissement doit s'engager dans des démarches de sécurité maximale, de qualité et de coordination des soins en partenariat avec les usagers. Lors de la formation d'infirmière, la sécurité des soins nous est enseignée dès le premier semestre et poursuivie jusqu'au dernier semestre de formation. Les 5 bons en font partie : Bon patient, Bonne dose, Bon médicament, Bonne voie, Bon moment.

Dans le Programme National pour la Sécurité des Patients (PNSP) l'article « Une exigence légitime des patients, un engagement de tous » (paru en février 2018), reprend le PNSP de 2013/2017 autour de 4 priorités. Ce programme est à l'initiative du ministère chargé de la santé et en association avec la HAS. Il a pour objectif de mieux faire connaître les enjeux de la sécurité des patients, de renforcer les initiatives d'apprentissage et d'amélioration des pratiques et organisations.

Les 4 priorités sont :

- L'information du patient et le patient co-acteur de sécurité,
- Améliorer les déclarations et prise en compte des EIAS,

- L'accès aux formations,
- Et la culture de sécurité et recherche sur la sécurité du patient au cours des soins

Lors de ce programme, une semaine de sensibilisation des patients et soignants sur la sécurité des soins a été mise en place visant, en particulier, à susciter entre eux un dialogue concret sur ces sujets et promouvoir une meilleure implication mutuelle.

A ce jour, le PNSP 2017/2019 mis en place par la Direction générale de la santé a mis en avant 3 axes : l'investissement collectif dans la promotion de la santé et la prévention, la garantie de la sécurité et la qualité dans les pratiques et les soins. Le dernier axe est l'amélioration de la gestion des risques sanitaires, environnementaux et alimentaires.

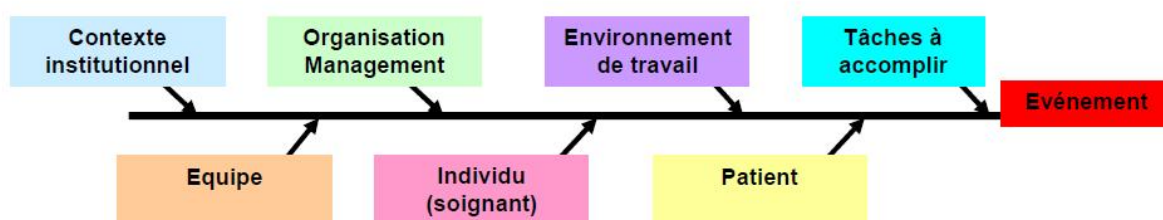
Ces démarches s'inscrivent dans une perspective d'amélioration perpétuelle dans le « prendre soin ».

2. Amélioration de la sécurité et moyens de détection

Selon James Reason, dans le modèle de l'erreur humaine (1993 paru à l'édition PUF), il y a deux points importants pour améliorer la sécurité. Il est inutile de se focaliser exclusivement sur l'erreur humaine. Les erreurs peuvent être nombreuses et relativement inévitables, car étroitement associées à l'activité cognitive ; les erreurs humaines apparaissent plus favorablement dans un contexte professionnel qui les favorise ; il existe ainsi des défaillances organisationnelles et techniques, appelées également causes profondes, favorisant la survenue d'erreurs sur lesquelles il est possible d'agir, notamment lorsque les transmissions au sein des services s'effectuent sans les aides soignantes.

J'ai pu constater le cas d'un patient qui devait être à jeun afin de subir un examen ; l'aide soignante n'ayant pas eu l'information au moment des transmissions, le patient a eu son petit déjeuner et l'examen n'a pu être effectué. L'analyse des causes profondes peut s'appuyer sur différentes méthodes : arbre des causes, méthode et grille ALARM. C'est dans cet esprit qu'une méthode d'analyse a été développée en 1999 par un groupe coopératif de recherche composé du « Clinical Safety Research Unit » (Imperial College London) et de l' « Association of Litigation And Risk Management » (ALARM).

Il s'agit d'un protocole reconnu et utilisé dans les systèmes de soins pour enquêter et analyser des incidents. L'objectif est, à partir de l'identification de la ou des causes immédiates d'un événement (par exemple : action ou omission commise dans le processus de soin, lapsus, erreur de discernement, oubli, geste non sûr, mise en œuvre incorrecte ou incomplète d'une procédure, manquement délibéré aux pratiques sûres, aux procédures ou aux standards), de rechercher les causes racines, facteurs contributifs à la survenue des ces erreurs pour les corriger en installant des défenses ou barrières, afin de créer un environnement plus sûr pour l'ensemble des acteurs. La méthode ALARM s'appuie sur un outil, une grille d'exploration systématique du contexte de l'évènement, d'une sphère proche de l'acte de soin (Patient, Tâches à accomplir, Soignant), vers des couches organisationnelles de plus en plus éloignées (Equipe, Environnement de travail, Organisation et Management, Contexte institutionnel). Dans chacune des 7 catégories et en fonction des auteurs, il existe une liste de facteurs contributifs. (cf. schéma)



3. Prévention des risques

Il est ainsi essentiel de mettre en place des axes de prévention dans les services. Tous les intervenants du monde de la santé sont probablement d'accord avec la nécessité de la prévention. Selon le Larousse le terme « prévention » provient du latin « praeventio » qui signifie : action de devancer, d'éviter, d'empêcher un événement. Dans sa définition applicable aux soins infirmiers, il s'étend à l'ensemble des dispositions prises à tous les stades d'un épisode de soin afin de prévenir chez un patient un danger, un risque, une contamination ou une complication.

Article R. 4311-1 du 29Juillet 2004

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. »

La prévention passe par l'observation et l'évaluation clinique ; il est alors important d'avoir intégré les fonctions du rôle infirmier qui font partie intégrante d'axes de prévention : une bonne connaissance des pathologies et des traitements permet de mettre en place des axes de pharmacovigilance. Exemple : je suis vigilante quant au bon usage des traitements morphiniques mis en place et de la surveillance qui doit être associée (détresse respiratoire, constipation...). La formation d'infirmière et les stages effectués pendant ses 3ans nous permettent d'acquérir un œil clinique au regard des complications susceptibles de se présenter selon l'âge, la condition et l'épisode de maladie ou de chirurgie du patient et d'observer avec attention l'état des patients et l'évaluation clinique face à d'éventuels difficultés. La communication au sein de l'équipe de soins et l'implication proactive de tous les intervenants partageant le même objectif de prévention. La mise en place quotidienne d'axes de prévention et l'éducation au patient pour l'informer des complications possibles et des moyens de les éviter. Les patients restent les principaux acteurs de leur prise en soin. Penser prévention dans une équipe soignante demande une attention soutenue aux patients, à ses réactions, à ses signes vitaux, à ses demandes et à ses plaintes.

Par ailleurs, afin que se conserve cette préoccupation envers les patients, il est important de mobiliser les acteurs par une sensibilisation, en expliquant l'importance des enjeux, en donnant confiance aux professionnels, en inscrivant la préoccupation de sécurité des patients et de professionnels dans la pratique quotidienne de chacun.

La communication est un axe primordial dans la prévention des risques. Elle passe par des actions de communication interne telle que des retours d'informations systématiques auprès des membres de l'équipe pluridisciplinaires, des communications

sur les progrès accomplis en matière de sécurité et des informations sur des difficultés rencontrées. Mais la communication doit aussi être externe, avec les patients et entourage pour permettre d'établir une relation de confiance avec les usagers. Cependant elle est délicate, car communiquer sur les risques, c'est aussi affirmer leur existence.

VII. Dispositif de recherche

Après avoir effectué toutes ces recherches, il va de soit que la collaboration doit être un temps partagé dans la transmission de l'information, dans la décision de soins et l'action. Ainsi une collaboration efficace entre professionnels permet d'améliorer la qualité des soins. Or les interfaces techniques longuement utilisées dans les services de soins pourraient avoir un impact sur la collaboration entre les soignants et réduiraient la prise en charge des patients et l'efficacité des soignants. Pour aller plus loin, je m'interroge sur le dispositif de recherche à mettre en place afin de mettre en avant ces problèmes qui émergent dans les services.

Dans le cours de « méthodologie qualitative et clinique » donné par Mme Roumaud Alexandra, docteur en psychologie clinique, il est dit qu'un problème nouvellement étudié pour lequel on connaît peu les enjeux cliniques mérite que l'on débute par une exploration de la situation à l'aide d'une méthode clinique qualitative comme j'ai pu le faire en amont avec mon premier questionnaire (annexe 2).

Ma recherche est une recherche clinique avec un schéma de recherche qui se penche sur ma situation « problème » pour l'étudier et proposer des solutions.

Je me dirige sous forme de méthode qualitative clinique qui évalue l'effet d'un changement de pratique. Je me suis déplacée au sein de services de soins pour observer les pratiques de collaboration et de communication entre professionnels de santé. Cette démarche inductive (du terrain à travers des observations en service de chirurgie en arrivant à des résultats en mettant en lien avec la théorie) de part de mon observation (ma situation particulière) j'explore ma question de recherche grâce aux concepts associés, je me pose cette nouvelle question de recherche :

Comment les équipes s'adaptent- elles pour assurer une qualité des soins optimale en service de chirurgie malgré l'impact des interfaces techniques ?

En effet il existe des stratégies d'adaptation au sein des équipes afin de pouvoir être en harmonie.

Lors du 2^{ème} semestre de formation, nous avons eu l'intervention de Mme Gomez, neuropsychologue, sur la Dynamique des groupes restreints. Un groupe est constitué d'un ensemble d'individus qui sont en interaction (conflit vs coopération) dans la poursuite d'objectifs communs. Dans une équipe, il émergera un niveau d'analyse en intra groupe qui est une situation d'interactions entre les individus au sein de l'équipe.

Selon Anzieu et Martin, le groupe est un ensemble de personnes réunies ou qui peuvent et veulent se réunir. L'un, psychologue, et l'autre, psychanalyste, ont longuement travaillé sur l'étude des groupes et ont écrit « La dynamique des groupes restreints », (paru en 2004 aux éditions PUF). En effet, l'appartenance à un groupe a plusieurs bénéfices : il améliore l'apprentissage de la discipline, une motivation intrinsèque peut en ressortir, des décisions plus efficaces, l'appartenance, la sécurité, l'estime et la réalisation de soi et enfin le lien communautaire et la solidarité au sein de l'équipe sont des axes importants. Anzieu et Martin mettent en avant différents types de groupes :

- Le groupe primaire ou restreint, qui est soumis au principe de la dynamique de groupe ayant une poursuite commune et active de buts identiques et collectifs = une équipe de soins.

Il possède un langage, des normes et une différenciation des rôles entre les membres. Toutes ces obligations au sein d'une équipe favorisent la cohésion d'équipe

- Le groupe secondaire ou organisation, qui est au sens large composé d'un système social fonctionnant selon des institutions = l'hôpital. Au sein de ce groupe secondaire, qui est plus formel, avec des relations impersonnelles, il est nécessaire d'y intégrer des groupes primaires.

La cohésion de groupe permet des liens forts qui unissent les membres d'un groupe et se caractérise en possédant une force d'attraction, une morale de groupe et la coordination des efforts des membres. Les conséquences positives que j'ai pu constater sont : un faible taux de roulement, une forte implication des membres du groupe, une conformité à l'égard des normes et une synergie dans l'équipe.

Synergie : mise en commun de moyens qui se renforcent entre eux pour aboutir à un même but.

L'importance de la reconnaissance du rôle de chacun des membres au sein d'une équipe permet des attentes venant de ses pairs. Chaque membre du groupe a un rôle à jouer, une fonction à assurer et implique une certaine spécialisation des tâches.

Selon W.R. Bion dans son livre « Recherche sur les petits groupes » (paru en 2002 aux éditions PUF), l'organisation inconsciente du groupe se ferait en 3 hypothèses :

- La dépendance : l'objectif premier est dans la réalisation, l'affirmation et la pérennisation de l'appartenance au groupe. Ce lien s'effectue autour d'un leader dont le rôle consiste à agir en tout état de cause pour son groupe.
- L'attaque – fuite : le leader agit sur tout les fronts sans prendre en considération son groupe ; le groupe reste solidaire, se défend ou fuit.
- Le couplage : le rassemblement se fait autour d'un couple considéré comme incarnation d'un modèle parental ou familial idéal qui serait capable de résoudre les problèmes du groupe

Ces différentes organisations inconscientes au sein des groupes interviennent dans l'environnement d'un service de soin et a un impact direct sur l'équipe. Face à certains conflits internes, le système ou groupe devra retrouver son équilibre au risque d'explosion. Le groupe devra alors faire face en adoptant des stratégies d'adaptation.

Afin de faire à ces constatations, je me suis déplacée au sein d'un service de chirurgie pour prendre note des interactions entre professionnels, et analyser les comportements et le temps passé sur les interfaces techniques en m'appuyant sur ma grille d'observation. Cela m'a permis de me mêler aux personnes observées. Il s'agit d'une démarche inductive qui vise à découvrir par l'observation ce qui organise les rapports sociaux, les

pratiques et les représentations des acteurs du terrain étudiés. Et pour finir, formuler des propositions réalisables qui découleraient de mes constats.

1. Description de la grille d'observation

Grille d'observation

Durée d'observation : une journée de 7h20 à 19h40

Lieu : service de chirurgie

Acteurs: infirmières /médecins et médecins anesthésistes

But : observer les stratégies des infirmières afin de conserver une relation collaborative en face à face avec les médecins.

Comment les équipes s'adaptent- elles pour assurer une qualité des soins optimale en service de chirurgie malgré l'impact des interfaces techniques ?

Observer, c'est faire attention ; remarquer; considérer avec attention ; étudier avec soin ; examiner avec un esprit critique.

L'observation se pratique en situation. L'outil d'observation est un outil rigoureux qui permet de travailler sur les représentations, les attitudes afin de percevoir le sens que donnent les acteurs à leurs pratiques et aux événements qu'ils rencontrent.

Selon la chercheuse Chantal Eymar, pionnière en recherche clinique .Cette démarche invite l'étudiant à écouter, observer et enfin à savoir argumenter : « La formation par la recherche est alors une occasion à saisir pour confronter les apprentis chercheurs au débat épistémologique. Le travail de recherche nécessite de rompre avec des certitudes, des croyances, et des allants de soi » (Eymard, 2005,129). En effet, la formation par la recherche permet le développement de compétences : « En questionnant la valeur épistémologique des savoirs d'actions et des pratiques professionnelles, l'étudiant est invité à penser sa pratique. Problématiser réclame écoute et observation, conformation et confrontation, mais aussi acceptation et refus des apparences, des évidences, reconnaissance et métissage de points de vue variées » (Eymard, 2006, 159)

Autant d'éléments transférables dans la pratique.

Grille d'observation

Concept de communication Evénements	Données Observées	Concept de qualité	Non qualité :Ecart mesuré entre la qualité souhaitée et celle obtenue réellement	Stratégie de rencontre temps informels
Temps de transmission	Qui : Quoi : Ou : Quand : Comment : Pourquoi :			
Visite médicale du matin avec le chirurgien	Qui : Quoi : Ou : Quand : Comment : Pourquoi :			
Débriefing post-visite	Qui : Quoi : Ou : Quand : Comment : Pourquoi :			
Transfert Bloc informations a donner à l'anesthésiste	Qui : Quoi : Ou : Quand : Comment : Pourquoi :			

Concept de collaboration Événements :	Données Observées	Concept de qualité	Non qualité : Ecart mesuré entre la qualité souhaitée et celle obtenue réellement.	Stratégie de rencontre
Collaboration dans la matinée lors des soins avec l'équipe pluridisciplinaire	Qui : Quoi : Ou : Quand : Comment : Pourquoi :			
Contre visite post-opératoire des chirurgiens	Qui : Quoi : Ou : Quand : Comment : Pourquoi :			
Consultation pré-anesthésique pour les patients opérés le lendemain	Qui : Quoi : Ou : Quand : Comment : Pourquoi :			

VIII. Conclusion

Le travail de recherche et de réflexion mené tout au long de ce mémoire m'ont conduit à un constat : les infirmières recherchent la qualité dans la prise en soins des patients mais peuvent avoir des difficultés à atteindre cette exigence parce que la collaboration avec les médecins peut être moins bonne, par manque d'une communication réelle et efficace. De ce fait, elles sont souvent dans une stratégie d'adaptation qui les place dans une situation inconfortable.

Obligées de trouver des solutions afin d'apporter la meilleure prise en charge possible, pouvant alors les amener à des doutes dans leur efficacité. Un doute qui peut entraîner un manque de confiance.

Ce qui m'amène à me poser la question suivante : le fait d'être quotidiennement dans le questionnement peut-il conduire à un épuisement physique et psychique, voire pousser à un burn-out ?

Annexes :

1) **Annexe 1 : Prise en charge d'un patient opéré**

Selon les recommandations organisationnelles de la HAS afin de comprendre ,évaluer et mettre en œuvre.

En pré opératoire :

- Vérification de l'identité du patient arrivé la veille dans le service et mise en place du bracelet d'identification.
- Le patient souvent stressé doit être rassuré par l'infirmière qui se doit de répondre aux questions qu'il se pose et au besoin, de communiquer avec l'anesthésiste afin d'obtenir une prescription.
- Vérification d'aucun traitement en sa possession pour éviter toute automédication ou double prise.
- Les prescriptions établies en amont par l'anesthésiste doivent être récupérées par l'infirmière afin de recueillir toutes les informations nécessaires à sa bonne prise en charge et éviter tout risques lors de l'intervention chirurgicale (bilans, examens complémentaires).
- Les préparations utiles à la prise en charge du patient selon la chirurgie qu'il va recevoir doivent être appliquées selon les protocoles de service.
- Les précautions de régime alimentaire, les surveillances hémodynamiques et éventuelles prescriptions de prémédication ou prise de sang avant l'intervention sont vérifiées et appliquées par l'infirmière, communiquées au patient et à l'anesthésiste si un éventuel problème survient.
- Le dossier médical doit être complet avec le consentement du patient ainsi que les autorisations à l'intervention datée et signée. La personne de confiance est identifiée et le feuillet dans le dossier médical ainsi que les directives anticipées exprimé par le patient s'il le désire.
- Les dispositifs médicaux particuliers (bas de contention, ceinture, gouttière...)

doivent être présents en chambre.

- Un passage du médecin anesthésiste doit être effectué afin de rassurer le patient mais aussi recueillir ou transmettre des informations complémentaires le concernant.

Prise en charge d'un patient à J0 :

- Le contrôle ultime de l'identité du patient est effectué ainsi que le côté de l'intervention identifié.
- La nécessité du jeun est vérifié, le retrait de bijoux et appareil dentaire et/ou auditif est mis en sécurité.
- Les mesures d'asepsie obligatoire avant chaque intervention ont bien eu lieu ainsi qu'un habillage réglementaire comme le veut le protocole du service.
- La prémédication a été administrée, le dossier est complet, validé par le biais d'une signature de l'infirmière.
- La vérification des équipements au lit du patient nécessaires à sa prise en charge, systèmes de surveillance fonctionnelle et les dispositifs médicaux nécessaires aux suites de sa chirurgie en collaboration avec l'aide-soignante.

Prise en charge d'un opéré en post op

- L'infirmière et l'aide-soignante accueillent et veillent à l'installation en fonction de l'intervention du patient (sécurité et confort)
- Elle vérifie les transmissions écrites de l'anesthésiste concernant le déroulement de l'intervention et les prescriptions immédiates en post op. Elle planifie et réalise les soins, les surveillances via les prescriptions.
- Elle annotera sur la feuille de surveillance les vérifications de l'état de conscience, de la respiration, de la douleur, des constantes, des différents dispositifs et ce, toutes les deux heures selon le protocole du service.
- La prise en charge se fera en fonction du type d'anesthésie et surveillances :
La reprise de la fonction rénale, du transit (gaz) et de l'hydratation, du régime alimentaire (prescription), la mobilisation et le lever seront surveillés en collaboration avec l'aide-soignante.

2) Annexe 2: Entretiens Exploratoires

<p><u>Anesthésiste ayant le plus d'expérience :</u> Question 1 :</p> <p>Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?</p>	<p>Interactions</p> <p>- Effectivement belle carrière.</p>	<p>❖ Alors que pourrais-je vous dire... Et bien je suis médecin anesthésiste depuis 30 ans J'ai débuté à la maternité Ste juliette dirigée par Mr Allemano puis la clinique a évolué. J'ai également exercé pendant 30 ans au SDIS</p>
<p>Question 2 :</p> <p>Mon thème est la prévention des erreurs dans la collaboration médecin-infirmière en post opératoire</p> <p>Selon vous, quels sont les facteurs qui peuvent entraîner des erreurs dans la collaboration médecin-infirmière en post-opératoire ?</p>	<p>- Non, au sein de la clinique</p> <p>- D'accord passons à la 3eme question</p>	<p>❖ Au sein de la clinique ou en collaboration avec les infirmières libérales ?</p> <p>❖ La qualité de la communication peut être altérée si l'infirmière est dans le doute de ses compétences, si elle ne prend pas d'initiatives et si on essaie de la joindre et que le service ne répond pas au téléphone. S'il y a un doute sur une prescription, ou si c'est une prescription inhabituelle, il ne faut pas hésiter à nous joindre au bloc. Nous aussi, nous pouvons commettre des erreurs. De plus je dirai qu'il est nécessaire de bien suivre les protocoles internes à l'établissement</p>

<p>Question 3 :</p> <p>Comment décrivez-vous la qualité de communication entre le bloc opératoire et le service de chirurgie ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Oui, vous n'avez plus trop de contact oral ; l'information transite plus par le biais de l'informatique. - Mais le fait d'être pris dans plusieurs salles de bloc ne peut-il pas être une difficulté ? 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Non le contact est plutôt bon. Maintenant tout est informatisé alors on se dirige directement au logiciel. Oui, cependant, si problème nous restons joignable au bloc. ❖ Non, car si elles ne parviennent pas à nous joindre elles peuvent toujours joindre l'infirmière en salle de réveil, qui elle sera en lien direct et retransmettra les informations au service.
<p>Question 4 :</p> <p>Quelles pourraient être les difficultés rencontrées dans la communication lorsque vous êtes au bloc opératoire ?</p>		<p>S'il y a une intervention importante, il y aura un délai d'attente pour le service. Mais il y a toujours des moyens et un anesthésiste de garde est toujours présent. On a aussi les infirmières anesthésistes avec nous.</p>
<p>Question 5 :</p> <p>Selon vous, y a-t-il des axes d'amélioration qui peuvent être mis en place dans la communication interprofessionnelle ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Très bien dernière question. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Je ne vois pas d'axes d'améliorations

<p>Question 6 :</p> <p>Pensez vous que la formation professionnelle puisse intervenir dans des problématiques de communication ?</p>	<p>- Pour quelles raisons ?</p> <p>Dans notre cursus la communication est omniprésente. Et elle apparaît dans les études des médecins</p> <p>- Merci de votre participation.</p>	<p>A mon époque, la formation n'incluait pas les pratiques liées à la communication. Les pratiques ont changé.</p> <p>A mon sens le bénéfice est moindre. Car plus on parle des choses, moins elles sont mises en pratique.</p> <p>A mes débuts, c'était familial, il y avait une solidarité. Les choses se faisaient naturellement avec confiance. Là, on pousse trop les choses dans vos formations.</p> <p>Aujourd'hui les structures sont plus importantes et le personnel change plus fréquemment.</p>

<p><u>Anesthésiste avec une jeune expérience</u></p> <p>Question 1 :</p> <p>Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?</p>	<p>- Très bien, comme quoi le hasard fait bien les choses.</p>	<p>❖ J'ai 46 ans, j'ai fait mon externat dans le sud. Je m'étais dirigé vers la médecine générale puis, au final, un ami m'a entraîné à me devenir anesthésiste sur la région de Strasbourg où j'ai fait mon internat durant 4 ans une fois mes études terminées. J'ai été 2 ans chef de Clinique à Strasbourg.</p> <p>❖ Tout à fait. Notre famille, à moi et ma femme, étant dans la région, nous y sommes revenus en 2003. J'ai suivi un chirurgien 6 ans sur La fontonne, puis il est parti. J'ai voulu changer également, je suis donc arrivé à la Clinique en 2009. Chose importante, pendant mes études j'ai travaillé de nuit en tant qu'infirmier.</p>
<p>Question 2 :</p> <p>Mon thème est la prévention des erreurs dans la collaboration médecin-infirmière en post opératoire</p> <p>Selon vous, quels sont les facteurs qui peuvent entraîner des erreurs dans la collaboration médecin-infirmière en post opératoire ?</p>	<p>- Oui c'est vrai je suis d'accord, il est difficile pour nous jeune diplômé de se rendre compte de vos pratiques au bloc opératoire.</p>	<p>❖ Les facteurs seraient que nous ne pouvons pas nous voir, nous traitons tout par téléphone ou via la plateforme informatisée.</p> <p>❖ Les infirmières ne voient pas ce que l'on fait. Il y en a beaucoup qui ne connaissent pas toutes nos techniques, par exemple la différence entre une rachis anesthésie et une péridurale. Il peut donc y avoir des conséquences en post opératoire.</p> <p>❖ L'ide à mon sens est avant tout une</p>

		<p>technicienne, elles manquent cruellement de technique et de connaissance cela leur crée un stress.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Un manque de confiance est aussi un Facteur. Un manque de formation dans la technique. Et par conséquent nous appel pour un rien.
<p>Question 3 :</p> <p>Comment décrivez-vous la qualité de communication entre le bloc opératoire et le service de chirurgie ?</p>		<ul style="list-style-type: none"> ❖ La communication est bonne. Evidemment il y a des affinités qui se créent plus facilement avec certaines personnes. ❖ Mais si la volonté des infirmières se fait ressentir la communication sera efficace.
<p>Question 4 :</p> <p>Quel pourraient être les difficultés rencontrées dans la communication lorsque vous êtes au bloc opératoire ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il est vrai que la prescription nous permet d'agir . 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Les difficultés seraient lorsque l'on doit faire les prescriptions, informatisé et papiers, on est parfois pris et les soucis qui se posent c'est que les infirmières sont obsédées par la pression de la hiérarchie ce que je conçois et veulent à tout pris se couvrir. ❖ Mais dans certaine prise en charge, il m'arrive de le dire oralement et dans la foulée je la prescris. Il est important d'établir une relation de confiance ce qui n'exclue pas la méfiance. Il faut qu'il y ait l'acceptation de certains risques. Essayer d'avoir une relation détendue.
<p>Question 5 :</p> <p>Selon vous, y a-t-il des axes d'amélioration</p>		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Il est capital qu'une infirmière en service de chirurgie passe un temps en bloc opératoire et vice versa, ce qui permettrait

<p>qui peuvent être mis en place dans la communication interprofessionnelle ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Oui en effet cela pourrait nous faciliter la compréhension du travail au bloc opératoire. 	<p>d'établir une relation de confiance et ainsi mieux se rendre compte du travail des uns et des autres.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Apprendre à communiquer/ Echanger en direct ❖ Puis une fois tout cela établi, les réflexions seront mieux menées.
<p>Question 6 : Pensez-vous que la formation professionnelle puisse intervenir dans des problématiques de communication ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Très bien merci de votre temps accordé. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Oui car la communication via un ordinateur ou le téléphone ne sont pas suffisantes. ❖ Les rapports humains et le contact sont plus importants.

Question 2 :

Mon thème est la prévention des erreurs dans la collaboration médecin-infirmière en post opératoire

Selon vous, quels sont les facteurs qui peuvent entraîner des erreurs dans la collaboration médecin-infirmière en post opératoire ?

- ❖ Je dirais un manque de prescriptions, pas claire ou incomplète.
- ❖ L'infirmière a des compétences qui permettent d'éviter les dangers ; elle doit pouvoir anticiper.
- ❖ S'il y a un manque de confiance ou une infirmière qui ne pratique pas souvent certains actes type picc line, pompe à morphine, qui sont posés au bloc opératoire et qu'elle n'ose pas demander à l'anesthésiste.
- ❖ Si on ne comprend pas et qu'on ne pose pas de questions, cela peut entraîner des erreurs. Si une erreur est commise, il est important de le reconnaître, d'en avertir l'anesthésiste, l'équipe et la cadre.
- ❖ Un mauvais climat ne favorise pas la collaboration et peut conduire à une erreur. Je pense que ça inhibe les relations et cela peut être délétère pour les patients.
- ❖ Il y a aussi une question d'alchimie, c'est une question de personnalité. Certains médecins et infirmières seront plus en phase dans la manière de travailler et d'autre moins, ce qui mettra en place un moins bon réseau de communication.

<p>Question 3 :</p> <p>Comment décrivez-vous la qualité de communication entre le bloc opératoire et le service de chirurgie ?</p>	<p>- La cadre du service ne va pas empêcher la création de lien directe avec les infirmières.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Je dirais bonne dans la mesure où la collaboration est efficace. La cadre est très présente et fait le lien avec le bloc opératoire lorsque nous sommes prises. ❖ Non je ne pense pas car le lien est aussi beaucoup informatisé et moins oral, mais lorsque nous sommes prises, elle peut effectivement prendre les informations elle-même. La collaboration est importante ainsi qu'un bon esprit d'équipe.
<p>Question 4 :</p> <p>Quelles pourraient être les difficultés rencontrées dans la communication lorsque vous êtes en service ?</p>		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Le médecin anesthésiste peut être pris à plusieurs endroits ; de ce fait nous avons des difficultés à le joindre. ❖ Le patient peut avoir un changement dans son traitement entre le moment de sa visite pré-anesthésique et la chirurgie. ❖ Lorsqu'un patient arrive des urgences Et qu'il y a un manque de prescription venant de l'anesthésiste.
<p>Question 5 :</p> <p>Selon vous, y a-t-il des axes d'amélioration qui peuvent être mis en place dans la communication interprofessionnelle ?</p>		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Les axes d'amélioration que je donnerais concernent le patient lorsqu'il remonte du bloc. La prescription dans le logiciel peut être plus longue entre la sortie de bloc et le retour en service liée à la charge de travail de l'anesthésiste car elle est faite au bloc. Et de ce fait, la prescription peut être prescrite sur 1

		<p>fois au lieu d'1 mois et vice versa Les erreurs de saisie arrivent souvent. Peut-être faudrait-il une prescription écrite avec le retour du patient du bloc.</p>
<p>Question 6 :</p> <p>Pensez vous que la formation professionnelle puisse intervenir dans des problématiques de communication ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tout à fait la gestion du stress serait intéressant à voir en cours. - Ah oui des cours de Yoga sont intéressant (rires) - Merci de votre participation 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Oui car la communication s'apprend, ca fait partie de la bienveillance le « TU » tue. Elle ne s'improvise pas. C'est un art difficile à pratiquer. Il faut s'exercer et s'entraîner. Elle s'acquiert avec le temps. L'adaptation de la communication face à la personne en face. ❖ Je pense qu'il serait intéressant d'appréhender lors des études la Gestion du stress et la gestion du temps pendant les études d'infirmière. ❖ J'ai le souvenir que lors de mes études ils nous avaient été proposé des cours de yoga pendant la pause déjeuner cela était très bénéfique.

<p>Infirmière ayant le moins d'expérience : Question 1 :</p> <p>Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?</p>		<p>❖ J'ai été ASH puis j'ai fait l'école d'aide soignante, j'ai exercé durant 13ans. J'ai ressenti le besoin d'une évolution de carrière et fait mon école au CHU de Nice. J'ai obtenu mon diplôme en 2016.</p>
<p>Question 2 :</p> <p>Mon thème est la prévention des erreurs dans la collaboration médecin-infirmière en post opératoire</p> <p>Selon vous, quels sont les facteurs qui peuvent entraîner des erreurs dans la collaboration médecin-infirmière en post opératoire ?</p>		<p>❖ Je dirais un manque de communication, du stress, les craintes de déranger l'anesthésiste en salle ou de paraître idiote</p> <p>❖ La collaboration avec le médecin anesthésiste peut être parfois difficile face à certains médecins moins communicants.</p>
<p>Question 3 :</p> <p>Comment décrivez-vous la qualité de communication entre le bloc opératoire et le service de chirurgie ?</p>	<p>- Oui c'est difficile</p>	<p>❖ La qualité de la communication est compliquée car il y a souvent un ressenti de différence entre le bloc et le service. La communication peut être difficile, la cadre temporise par moment. Je pense que l'on n'a pas la notion, d'un côté ou de l'autre, des difficultés que peuvent rencontrer les 2 services.</p>
<p>Question 4 :</p> <p>Quelles pourraient être les difficultés rencontrées dans la communication lorsque vous êtes en service?</p>		<p>❖ Ce qui pour nous, nous questionne n'implique pas forcément pour eux la nécessité d'être dérangés. Notre conscience professionnelle nous oblige à demander plus d'information s'il y a un</p>

		doute et celui-ci peut être agacé et remettre nos compétences en cause. Pour ma part en début de carrière je ressens le besoin d'avoir une collaboration rassurante.
Question 5 : Selon vous, y a-t-il des axes d'amélioration qui peuvent être mis en place dans la communication interprofessionnelle ?		❖ Oui, il serait bien de faire plus de Staff pluridisciplinaire pour pouvoir comprendre les attentes de chacun et mettre en place une meilleure collaboration. Et relever les choses actuelles du service qui ne vont pas.
Question 6 : Pensez vous que la formation professionnelle puisse intervenir dans des problématiques de communication ?	- Parfait merci de votre participation.	❖ Oui car cela nous apprend les différentes formes de communication. Mais les médecins ne sont pas assez sensibilisés.

Annexe 2.1 Synthèse des entretiens exploratoires

Les personnes interrogées sont :

- IDE, jeune diplômée, travaillant en service de Chirurgie.
- IDE, ancienne diplômée, travaillant en service de Chirurgie.
- Un Anesthésiste avec une plus jeune expérience en bloc opératoire.
- Un Anesthésiste avec une plus grande expérience en bloc opératoire.

Le médecin anesthésiste ayant le plus d'expérience :

Selon lui, les facteurs pouvant entraîner des erreurs dans la collaboration seraient un manque de compétences venant de l'infirmière ou si celle-ci doute de ses capacités.

Un manque d'initiative pourrait également être un facteur d'erreur dans leurs collaborations.

Cependant un bon contact demeure entre les deux services, et le logiciel, comme outil de communication, est mis en avant. Et le médecin reste disponible au bloc opératoire.

Les difficultés rencontrées concerneraient le délai de prescription entre le moment de sortie du bloc et le retour en chirurgie suite à un logiciel plus long ou bien un travail dense au bloc.

Pour l'anesthésiste ayant le plus d'expérience, aucun axe ne serait à améliorer.

Pour conclure : il regrette le temps d'une institution familiale ou la confiance était maître mot, les choses étaient naturelles, selon lui trop de sensibilisation à la communication ne serait pas bénéfique.

L'infirmière ayant le plus d'expérience :

Les facteurs mis en cause par l'infirmière seraient un manque de prescription. Les compétences des infirmières permettent d'éviter les dangers. Le manque de relationnel et le mauvais climat seraient des facteurs pouvant conduire à des erreurs. Cela inhiberait les relations et serait délétère pour le patient.

Pour l'infirmière la communication avec le bloc reste efficace, la cadre du service fait le lien et l'informatique prime face à la communication orale.

Les difficultés à joindre l'anesthésiste au bloc opératoire face à un manque ou changement de prescription est une difficulté au sein du service.

Les axes d'améliorations proposés par l'IDE seraient des prescriptions moins longues une fois le patient en service et un contrôle sur les erreurs de saisie sur le logiciel.

Pour conclure : l'infirmière met en avant l'apprentissage de la communication pendant la formation puis sur le terrain pour pouvoir s'adapter plus facilement à ses interlocuteurs. Selon elle, une proposition de gestion du stress et de gestion du temps seraient bénéfiques dans les études d'infirmières.

L'anesthésiste avec une plus jeune expérience :

Les facteurs pouvant entraîner une erreur serait le manque de compétence des infirmières, qui entraînerait stress, manque de confiance et susciterait des appels répétés à l'anesthésiste. Autres facteurs identifiés : le contact par différents vecteurs et un manque cruel de face à face.

Le contact avec le service reste bon mais, selon l'anesthésiste, la volonté de l'infirmière joue un rôle dans l'efficacité de la communication.

Les difficultés mises en avant seraient une surcharge de travail au bloc opératoire, et une infirmière avec trop de stress face aux prescriptions orales. Pour l'anesthésiste, l'amélioration dans les contacts et la communication passe par des stages pratiques de toutes les infirmières du service de chirurgie au bloc opératoire et vice versa, ce qui permettrait de meilleures réflexions et plus d'efficacité.

Pour conclure : privilégier les rapports humains est primordial dans la communication.

L'infirmière avec une plus jeune expérience :

L'infirmière jeune diplômée met en avant un manque de communication comme facteur de risque d'erreurs, tout comme le stress. La collaboration la rassure face à sa jeune expérience même si parfois, elle a peur de déranger ou de paraître incompétente.

La communication passe facilement ; cependant, un manque de connaissance du travail des uns et des autres crée des difficultés. Le cadre du service fait parfois le lien avec le bloc opératoire .

L'infirmière identifie ses difficultés à la hauteur de ses responsabilités et de la conscience professionnelle qui l'accompagne dans son travail. Néanmoins elle n'oublie pas à quel point l'expérience a ici un rôle fondamental. A la rencontre d'une difficulté celle-ci cherchera une solution avant de joindre le médecin. Effectivement elle avoue craindre les réactions et les jugements de ses collaborateurs. Dans les axes d'amélioration, l'infirmière propose des réunions pluridisciplinaires afin de connaître les attentes de tous et établir une meilleure collaboration.

Pour conclure : la communication s'apprend mais les médecins sont moins sensibilisés

	<u>Anesthésistes</u>	<u>Infirmières</u>
Plus anciennes expériences	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de compétences - Doute des capacités - Délai dans les prescriptions - Surcharge de travail au bloc - Bonne communication avec le service - Formation trop centré sur la communication 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de prescription - Manque de relationnel - Mauvais climat - Erreur saisie logiciel - Bonne communication avec le bloc - Communication s'apprend en formation et en service avec le temps

<p>Plus jeunes expériences</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de compétences - Stress des infirmiers - Surcharge de travail au bloc - Apprendre à connaître les services - Bonne communication avec le service - Meilleures réflexions si connaissance du travail en bloc - Communication primordial Trop d'outils de communication 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de communication - Le stress - Appréhension du regard du médecin - Bonne communication avec le bloc - Crainte d'être remise en question par l'anesthésiste - Plus de staff pluridisciplinaire - Apprentissage de la communication essentiel
---------------------------------------	---	--

IX. Bibliographie

Ouvrage :

« *La dynamique des groupes restreint* »

écrit par Anzieu et Martin paru en 2004 à l'édition PUF

« *La nouvelle communication* »

Bateson édité par Seuil en 1984

« *Larousse* » de poche édition 2016

« *Le métier de l'infirmière en France* »

Catherine Duboys Fresney et Georgette Perrine 7eme édition N°3052 paru à l'édition PUF en 2017

« *L'infirmière et la communication* »

Gilbert Gasparutto Edition Lamarre paru en 1990

« *L'organisation du travail dans les services de soins* »

Dominique Tonneau /Sophie Bonhoure/ Anne-Marie Gallet/ Michel Pepin au Edition Anact paru en 1984

« *Moi et le management : être acteur de son développement personnel* »

Sylviane Frit Edition De Boeck Université paru en Novembre 1997

« *Recherche sur les petits groupes* »

W.R. Bion paru en 2002 à l'édition PUF

« *Relations et communications interpersonnelles* »

Edmond Marc et Dominique Picard 3eme édition paru en 2015 au Edition Dunod

« *Soigner l'hôpital* »

écrit par Josette Hart et Alex Muchielli paru en 1997 à l'Édition Lamarre

Reuves et articles :

« *La réglementation des écrits professionnels* »

Gregory Caumes Juriste spécialisé dans le droit à la santé n°231de la revue de l'infirmière paru en Mai 2017

« *Les soins infirmiers : faire le point et préparer l'avenir* »

Conseil Internationales des Infirmières publication CII, 1986

« *Sécurité de l'hôpital* »

Frederic Spinhirny Rédacteur en chef dans le n° 565 Gestion Hospitalière Paru en Avril 2017

« *Une méthode au service de la collaboration interprofessionnelle en santé* »

Pierric Renault Médecin généraliste urgentiste n°92 de la revue Soins Cadres parue en Novembre 2014

Webographie

Définition de collaboration :

<http://www.cnrtl.fr/definition/collaboration>

« *Dossiers patients* » :

HAS-santé .fr

« *ELIAS* »

Haute autorité de santé

<http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-evenements-indesirables-graves-eig-associes-aux-soins>

« *Erreurs médicale patients-médecins* » :

<http://www.atousante.com/actualites/erreur-medicale-patients-medecins/>

« *État des lieux de l'initiation à la recherche en formation initiale en soins infirmiers : recherche et professionnalisation* »,

Recherche en soins infirmiers 2014/1 (N° 116), p. 70-80.

DOI 10.3917/rsi.116.0070

« *Grille méthode alarm* »

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1215806/fr/grille-alarm-un-outil-pour-structurer-lanalyse-des-causes

« *Groupware* »

<http://www.techno-science.net/?onglet=glossaire&definition=269>

« *La collaboration* »

Organisation mondial de la santé Healthacademy 2014

« *Le lancement de la stratégie de transformation du système de santé* »

Le Projet Régional de Santé du 14 février 2018

<https://www.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-15>

« *Le modèle de l'erreur humaine de James Reason* » 1993

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/hal-01102402/document>

« *Les erreurs médicales et le travail en équipe des soins plus surs* »

Journal en ligne de la Haute Autorité de santé n°39 paru en Avril /Juin 2014

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1731831/fr/travailler-en-equipe-pour-des-soins-plus-surs

« *Les événements indésirables associés aux soins* » :

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2011561/fr/comprendre-pour-agir-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins

MACSF / Article mis en ligne nouveau code de déontologie

<https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Humanisme-deontologie/nouveau-code-deontologie-infirmiers>

« *Prévention* »

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9vention/63869>

« *Programme d'amélioration continue au travail* » :

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe

« *Recommandation organisationnelles* »

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/guide_securite_du_patient_en_chirurgie_ambulatoire.pdf

« *Sécurité du patient au bloc opératoire* » :

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2620042/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire

« *Sécurité du patient : Une exigence légitime des patients, un engagement de tous* »

paru en 2018 Programme national pour la sécurité des patients (PNSP) 2013/2017

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_d_activite_du_pnsp_2013-2017.pdf

« *Stratégie de transformation du système de santé* » : Agence Régional de santé

Documents non publiés

« *Circuit du médicament* »

Unité d'enseignement 2.11 Semestre 5 (153 diapos) Thomas Dantin Pharmacien - CHU de Nice 31 août 2017

« *Les rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité* »

Unité d'enseignement 3.3 Semestre 3

« *Qualité des soins et évaluation des bonnes pratiques* »

Unité d'enseignement 4.8

« *Soins Relationnels* »

Unité d'enseignement 4.2 Semestre 3

« *Théorie de la communication* »

Semestre 2 Unité d'enseignement 4.2

Textes législatifs et réglementaires

« *Amélioration continue de la qualité....* »

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996

« *Autonomie de l'IDE* »

Article R4312-32 à R4312-58

« *Décret de compétence pour la profession d'infirmière du 29 juillet 2004* »

<https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/decret-nd-2004-802-du-29-juillet-2004-relatif-aux-parties-iv-et-v-annexe.html>

« *Droits des malades et à la qualité du système de santé* »

Loi Kouchner du 4 mars 2002 Cour du Semestre 1 Maître Audrey Guillotin

« *Exercice professionnel et responsabilité* »

Loi Kouchner du 4 mars 2002 Cour du Semestre 1 Maître Audrey Guillotin

« *Prise en charge du patient post intervention* » Articles : D. 6124, 97-102

Legifrance.gouv.fr

« *Qualité et sécurité des soins* »

Loi n°2009-879 DU 21 juillet 2009

Reforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire

« *Réglementation du rôle de l'anesthésiste* »
Code de la santé publique Articles D.6124, 97-102

Référentiel de compétences, Arrêté du 31 Juillet 2009

« *Réglementation des écrits professionnels* »
Code de la santé publique Articles : R.4311-1 R.4311-2
Legifrance.gouv.fr

« *Soins envers les patients* »
Code de déontologie de l'infirmière Article R4312-10

RESUME :

Travailler dans le secteur de la santé sous entend un travail en équipe dans le but commun est la prise en charge. On ne peut donc pas dissocier la collaboration, la communication, le travail d'équipe, la qualité des soins et la sécurité. En tant que future professionnelle, la situation vécue en service m'a incitée à travailler et comprendre les situations pouvant entraîner des risques d'erreurs en service de chirurgie.

Collaboration et communication sont les maîtres mots pour la prise en charge des patients. Certaines situations vécues m'ont m'amenée à constater qu'un manque de collaboration est source de risques d'erreurs entre professionnelles, avec un impact direct sur les patients, les soignants, l'institution et la société. Je me suis aperçue que cette collaboration peut être perturbée par des éléments présents dans les services de soins, comme les ordinateurs, les téléphones, la famille, le manque de personnel ou la fatigue des 12 heures. Ils peuvent amplifier les risques d'erreurs et altérer la communication entre l'infirmière et le médecin. Je m'interroge et me demande : « **En quoi une communication exclusivement centré sur des interfaces technique a-t-elle un impact dans la collaboration et la qualité des soins ?** »

Ces éléments perturbateurs et le manque de communication impactent la qualité des soins, entraînant de ce fait une mauvaise prise en charge des patients et une insatisfaction, aussi bien des soignants que des patients. Une fois ces concepts étudié, ils ont pris un sens concret et représentent ma vision de mon envie de soigner.

Mots Clés : Collaboration, Communication, Qualité des soins, Prévention

ABSTRACT

Working in the health sector means working together as a team an daim for a common purpose which is the patient's care. We should not dissociate collaboration, communication, teamwork, quality of care and safety. As a future caregiver, the situations I have experienced during my service have encouraged me to work and understand situations that could lead to the risk of mistakes in surgery. Collaboration and communication are the key words for patients' care.

I have noticed throughout some real experiences that a lack of collaboration is a mistake's source of risk between nurses with a direct impact on patients, caregivers, the institution and the entire society.

I realized that this collaboration can be disrupted by elements present in the care services, such as computers, phones, family and lack of staff or exhaustion from 12 hours of work. They can increase the risk of mistakes and impair communication between the nurse and the doctor. I wonder myself: "**In what way does communication focused exclusively on technical interfaces have an impact on collaboration and the quality of care?**"

These disruptive elements and the lack of communication affect the quality of care, leading to poor patient care and both caregivers and patients dissatisfaction.

Once these concepts have been studied, they take a concrete meaning and are now the vision of my desire to be a caregiver.

Keywords: Collaboration, communication, quality of care, prevention.

