



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Nancy-Brabois

Université de Lorraine

**La place des transmissions orales dans la
continuité des soins**

Travail personnel de fin d'études

Année de soutenance : 2018

GANDY DAVID

Promotion 2015/2018

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Nancy-Brabois

Université de Lorraine

**La place des transmissions orales dans la
continuité des soins**

Travail personnel de fin d'études

Année de soutenance : 2018

GANDY DAVID

Promotion 2015/2018

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Tulay Elasri, référente pédagogique qui m'a accompagné tout au long de mes trois années de formation ainsi que Madame Véronique Nickler coordinatrice des travaux de fin d'étude.

Je remercie tout particulièrement Madame Elisabeth Vermorel qui m'a guidé tout au long de ce travail de recherche. Son expertise avisée et ses conseils délivrés lors des guidances et autres échanges par courriels m'ont permis de réaliser ce travail de fin d'étude dans d'excellentes conditions.

Je remercie l'ensemble des formateurs de l'Institut en Soins Infirmiers de Brabois qui m'ont permis au cours de ces trois années de développer les connaissances et la pensée critique nécessaires pour la réalisation de ce travail.

Je remercie les infirmières qui ont participé avec beaucoup d'intérêt à ces questionnaires ainsi que Mme Ducret qui m'a accueilli au sein de son service.

Je tiens à remercier ma famille et mes proches qui m'ont soutenu et encouragé durant toute la durée de la formation.

Enfin je tiens à remercier ma compagne Pauline, qui m'a donné le courage de reprendre les études et m'a supporté pendant ces trois années dans les moments de joie mais aussi de doute.

Sommaire

1. Introduction

2. Problématique

2.1 - Présentation de la recherche

2.2 - Pré-enquête

2.3 - Problème général de ma recherche

2.4 - Lectures spécifiques

2.5 - Interrogations personnelles

2.6 - Question de recherche

2.7 - Hypothèse générale

3. Modèle d'analyse

3.1 - Cadre théorique

3.1.1 - Aspect historique de la profession infirmière

3.1.2 - Aspect législatif des transmissions orales.

3.1.3 - L'objet des transmissions orales

3.1.4 - Le contenu des transmissions orales.

3.1.5 - Les fonctions des transmissions orales.

3.1.6 - L'organisation temporo-spatiale des transmissions orales

3.1.6.1 - *Les différents temps de transmissions*

3.1.6.2 - *L'organisation de la relève*

3.1.6.3 - *La place des aides-soignantes lors des transmissions orales*

3.1.6.4 - *Les difficultés rencontrées lors des transmissions*

3.2 - Cadre conceptuel

3.2.1 - Le concept de communication

3.2.2 - Concept de transmissions orales

3.2.3 - Concept de qualité des soins.

3.2.4 - Concept de macrocible MTVED.

3.3 - Cadre analytique

4. Méthodologie de la recherche

4.1 - Justification du choix de l'outil

4.2 - Construction de l'outil

4.3 - Choix de la population et lieu d'investigation

4.4 - Déroulement du test de l'outil

5. Analyse, interprétation et discussion des données

5.1 - Analyse des données

5.1.1 - Méthode d'analyse des données

5.1.2 - Résultats

5.2 - Discussion des résultats

5.3 - Interprétation

5.3.1 - Critique des résultats

5.3.2 - Portée

5.3.3 - Prospectives

6. Conclusion

« Si parler est un besoin, écouter est un art » Goethe

Introduction

1. Introduction

Le métier d'infirmière en France a évolué au cours des siècles mais il repose à la base sur une tradition orale. Le savoir et les informations étaient toujours partagés oralement puis, avec l'accroissement de l'alphabétisation en France au cours du XVII^e siècle¹, l'écrit a commencé à prendre le pas pour à terme, avec l'avènement de l'informatique, devenir l'outil d'information de référence. De cette tradition orale subsiste une pratique présente dans tous les services : la relève. Cet instant où les deux équipes se transmettent entre elles oralement les informations.

Au cours de ma formation j'ai été amené à découvrir et à pratiquer les transmissions orales. J'ai été surpris par la quantité d'informations qui étaient échangées lors de la relève, mais aussi par le fait que celle-ci ne s'organisait pas de la même façon en fonction des différents services de soins. J'ai compris que la relève était un moment clé dans la vie d'une équipe de soin et que celle-ci avait un impact plus important que je ne l'imaginai sur la continuité et la qualité des soins dispensés par la suite.

Avec la loi Hôpital, Santé et Territoires adoptée en juillet 2009² stipulant que la sécurité et la qualité des soins sont une mission qui s'impose à tous les établissements de santé, la traçabilité est devenue le maître mot de la pratique soignante. Ainsi les soins techniques sont systématiquement tracés par écrit, mais quid des transmissions orales qui sont par définition si « volatiles » ?

Par ailleurs les nouvelles contraintes temporelles et organisationnelles (dues aux mesures d'économies de temps de travail destinées à réduire les coûts) tendent à diminuer la durée de chevauchement entre les équipes et par conséquent le temps alloué aux transmissions orales.

Face à ce constat je me suis posé cette question qui sera la base de mon travail : *Comment les infirmières réalisent-elles lors de la relève des transmissions orales de qualité permettant une prise en charge efficace des patients ?*

Mon travail de recherche s'inscrit dans une démarche hypothético-déductive visant à affirmer ou à infirmer l'hypothèse que j'ai émise en lien avec cette interrogation.

¹ Furet, François, Sachs, Wladimir. La croissance de l'alphabétisation en France (XVIII^e-XIX^e siècle). In *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 1974. Vol 29, n°3, p. 714-737.

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. NOR: SASX0822640L. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/texte> (consulté le 12 mai 2017)

Par la réalisation d'une étude descriptive de type qualitative, j'ai pour objectif d'essayer de comprendre quels sont les buts et les fonctions des transmissions orales dans la pratique soignante au quotidien et ainsi cerner leur rôle dans la qualité de la prise en charge des patients par les infirmières.

Dans une première partie, je reviendrai de façon plus approfondie sur la problématique, ce qui permettra de circonscrire le cadre théorique et conceptuel de mon étude, j'exposerai ensuite le cadre analytique et la méthodologie que j'ai suivie pour la réalisation de ce travail.

La deuxième partie, exposera l'étude pratique sur le terrain ; de l'élaboration de l'outil de recherche, aux choix de la population puis à l'analyse des données recueillies lors des entretiens permettant in fine, l'interprétation et la discussion des résultats en regard de l'hypothèse générale.

Il est à noter que tout au long de ce travail j'emploierai le terme « d'infirmière » et non « d'infirmier » du fait de l'histoire de la profession et de sa représentation majoritairement féminine encore de nos jours.

Problématique

2. Problématique

2.1 Présentation de la recherche

J'ai découvert la pratique des transmissions infirmières lors de mon premier stage dans un service de cardiologie, c'était pour moi la première fois que je pouvais participer aux fameuses « trans ». J'ai été stupéfait de la quantité d'informations qui étaient transmises dans un court laps de temps et dans un contexte très particulier.

Pendant qu'elle exposait brièvement la situation de chaque patient à ses collègues en utilisant des acronymes ou des références que je ne saisisais pas, l'infirmière modifiait la planification murale, s'interrompait pour répondre au téléphone ou à un interne qui entrait dans la pièce. Ses collègues prenaient pour certaines des notes sur des petits papiers, acquiesçaient ou rebondissaient en demandant des éclaircissements.

J'ai eu au début, quelques difficultés à suivre puis au fur et à mesure, avec l'acquisition de connaissances appropriées (sur les patients et les pathologies) j'ai fini par réussir à me sentir plus à l'aise avec ce moment de relève.

Lorsque j'ai eu l'occasion de présenter à mon tour les transmissions orales du patient que je prenais en soins, j'ai ressenti une sorte de fierté ; je faisais partie des soignants et j'allais leur apporter quelque chose, je me suis senti intégré au service. Mes premières transmissions furent assez laborieuses car très peu structurées, j'oubliais quelques informations ou ne les classait pas dans un ordre pertinent. Ma référente me laissait finir et reprenait après moi certains de ces oublis.

Lors de mon second stage dans une unité de psychiatrie j'ai pu voir une méthode complètement différente de réalisation de transmissions orales. Celles-ci duraient beaucoup plus longtemps et étaient sujettes à des débats et des discussions autour de l'évolution du patient, de ses antécédents. Elles étaient beaucoup moins factuelles que ce que j'avais pu observer en cardiologie. Le contexte psychologique prenait amplement le pas sur les aspects somatiques, mais le but était toujours le même : permettre aux collègues qui arrivaient d'assurer la continuité des soins.

L'observation et la participation à ces différents types de transmissions orales m'a permis également de me rendre compte qu'elles pouvaient parfois être source d'erreurs ou d'incompréhensions.

Lors d'un stage dans un service de rééducation au cours de ma formation, j'ai été confronté à une situation qui m'a interpellé lors des transmissions orales. Un patient épileptique était sorti en permission le week-end et lors de son retour dans le service il semblait confus et présentait une grande fatigue. Devant ce tableau clinique, l'interne a été prévenu par l'équipe dont je faisais partie et après avoir vu le patient et consulté son neurologue il nous a expliqué qu'il supposait que le patient avait fait une crise d'épilepsie durant sa permission et ce, probablement suite à une mauvaise observance de son traitement. Ce diagnostic restant de l'ordre de la supposition il n'a pas été consigné dans le dossier de soins du patient. Seuls les faits de confusion et de fatigue à son retour, avec une prescription de surveillance neurologique ont été tracés par écrit.

Toutes ces informations ont été rapportées lors des transmissions orales à l'équipe de l'après-midi pendant la relève pour lui permettre de comprendre pourquoi dans le suivi du patient il y avait une surveillance à effectuer.

Lorsque j'ai repris mon poste le lendemain matin, l'équipe de nuit nous transmettait oralement les informations suivantes : « il va mieux, il n'était pas bien hier, il a fait une crise d'épilepsie car il n'a pas pris son traitement avant de revenir ! ». La supposition était devenue un fait.

J'ai ainsi compris que les transmissions orales étaient un des outils majeurs de la continuité des soins mais que si elles pouvaient souvent aider l'infirmière à réaliser une prise en charge de qualité, elles pouvaient parfois être source d'erreur.

C'est au travers de ces expériences et de cette prise de conscience que s'est développé mon envie de réaliser mon travail de fin d'étude sur les transmissions orales.

2.2 Pré-enquête

Le thème de mon travail de recherche trouvé je me suis questionné sur sa pertinence. J'ai tout d'abord questionné mon entourage, en particulier des ami(e)s infirmier(e)s ou cadres de santé. Je leur ai demandé ce qu'ils pensaient de mon sujet, la réponse la plus fréquente était « les transmissions orales... il y en a à dire et à écrire sur le sujet ». En allant plus loin et en leur demandant si elles étaient essentielles à leur pratique ils étaient unanimes : « c'est indispensable ». Leurs propos étaient souvent modérés sur la qualité de la transmission orale et sur le temps « c'est long et c'est parfois un peu tout et n'importe quoi ».

J'ai rapidement fait une recherche au niveau des bases de données pour savoir si ce sujet était fréquent dans divers travaux de fin de d'étude, et j'ai pu constater que ce n'étais pas le cas.

Mon sujet semblant donc pertinent et parlant pour les professionnels du soin, je me suis donc mis à travailler sur le problème général qui pouvait ressortir de ce thème de recherche.

2.3 Problème général de ma recherche

Le constat global de mes observations en stage est que les transmissions orales malgré l'existence des transmissions écrite est une pratique qui perdure au sein des services de soins. Leur durée et leur modalité de réalisation varie en fonction des services afin de s'adapter aux besoins spécifiques des patients. La communication dans un contexte de soins et la coordination des interventions soignantes sont des compétences que se doit de maîtriser l'infirmier³. C'est pourquoi ce moment d'échange oral entre soignants concernant les patients lors de la relève est l'un des rouages de la continuité des soins. En ce sens les transmissions orales sont un soin indirect c'est-à-dire un « *travail effectué à distance du malade et contribuant aux soins qui lui sont dispensés* » (*Dictionnaire illustré des termes de médecine*)⁴.

Dès lors que nous définissons les transmissions orales comme un soin, un concept indissociable s'impose à nous celui de qualité des soins.

Les transmissions orales concourent donc au travers de leurs fonctions à la qualité des soins, ce qui m'a amené à me poser cette question de départ : **Comment les infirmières réalisent-elles lors de la relève, des transmissions orales de qualité permettant une prise en charge efficace des patients ?**

³ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. NOR: SASH0918262A. Version consolidée au 02 septembre 2017, [en ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044> (consulté le 2 septembre 2017)

⁴ GARNIER, Marcel, DELAMARE, Valery. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 32^{ème} éd. Paris : Maloine, 2017. p.868.

2.4 Lectures spécifiques

Pour débiter l'exploration de ce sujet le premier ouvrage que j'ai lu a été « *communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital* » de Michèle Grosjean et Michèle Lacoste⁵, qui au travers d'une grille d'observation analysent la communication des soignant dans leur exercice et en particulier lors de la relève.

Michèle Grosjean et Michèle Lacoste ne font pas de distinguo entre relève et transmissions orales, tout au long de ce travail nous utiliserons les deux termes en tant que synonymes.

Cette lecture m'a permis de mieux saisir le but des transmissions orales et de me rendre compte de la multiplicité des fonctions que celles-ci revêtent au sein d'une équipe. En effet les transmissions ne sont pas qu'un simple échange d'informations passif, mais un véritable moment d'interaction ritualisé et codifié en fonction des services.

J'ai pu également constater à la lecture de cet ouvrage que malgré l'importance des transmissions orales au sein des équipes de soins, ces moments sont souvent interrompus à cause des contingences externes, ce qui entraîne une altération des informations et/ou de la concentration des soignants.

La grille d'observation utilisée par *Michèle Grosjean et Michèle Lacoste* a été utilisée par *Chantal Laurens* dans son ouvrage *Les interactions soignantes à l'hôpital. La relève interéquipe, moment clé de la communication*⁶. Il s'agit d'une étude et d'une analyse basée sur l'observation de 15 séquences de relève. L'analyse des enregistrements des différentes relèves a permis de à l'auteure de déterminer les sujets récurrents des transmissions orales et m'ont ainsi amené à comprendre qu'il y avait une sorte de classification des informations qui étaient délivrées.

Cette notion de structuration des informations m'a interpellé, et m'a amené à relire un cours dont j'ai bénéficié lors du semestre 2 de ma formation, au cours de l'UE 3.1 « raisonnement et démarche clinique infirmière » sur les transmissions ciblées. Il était question d'une méthodologie particulière dite MTVED (Maladie, Traitement, Vécu, Environnement et Développement) qui était utilisée pour la réalisation des macrocibles écrites aux différents instants de la prise en charge du patient.

⁵ GROSJEAN, Michèle, LACOSTE, Michèle. *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*. Paris : Presses Universitaires de France, 1999, 240 p.

⁶ LAURENS, Chantal. *Les Interactions soignantes à l'hôpital : la relève interéquipe, moment clé de communication : valoriser la dimension interculturelle pour favoriser l'intelligence collective*. Paris : Éditions Seli Arslan, 2016, 172 p.

2.5 Interrogations personnelles

La mise en relation, et la contextualisation des informations de ces lectures spécifiques m'a amené à me questionner sur divers points :

- Pourquoi les transmissions orales sont-elles si importantes pour les infirmières dans leur pratique quotidienne ?
- Comment les infirmières choisissent-elles les informations qu'elles délivrent lors des transmissions orales ?
- Les infirmières ont-elles été formées à cet exercice lors de leur cursus?
- En quoi les transmissions orales sont-elles importantes dans la qualité de la prise en charge des patients ?

2.6 Question de recherche

En synthèse de ces interrogations concernant la qualité des transmissions orales en tant que soins et la manière dont les infirmières sont amenées à les réaliser au quotidien, je suis à même de reformuler ma question de départ en une question de recherche : **Comment lors de la réalisation des transmissions orales, les infirmières structurent-elles les informations qu'elles délivrent pour permettre d'assurer une continuité des soins de qualité ?**

2.7 Hypothèse générale

J'ai émis en lien avec ma question de recherche l'hypothèse que **l'utilisation de la macrocible MTVED comme modèle méthodologique permet aux infirmières de réaliser des transmissions orales de qualité.**

Modèle d'analyse

3. Modèle d'analyse

3.1 Cadre théorique

3.1.1 Aspect historique de la profession infirmière

Pour mieux comprendre l'importance des transmissions orales dans la pratique infirmière il me semble nécessaire de revenir sur l'évolution de la profession en France au fil des siècles.

L'histoire de la profession infirmière du Moyen-âge jusqu'au XVIIIème siècle est très liée à l'Eglise catholique et tire ses origines des ordres religieux ; Le Moyen-âge est le temps des grandes épidémies (peste, lèpre...), à cette époque les malades étaient regroupés dans des lieux isolés et fermés mis en places par les instances religieuses. C'est la période des léproseries et autres maisons de malades, ou les soins sont dispensés par des prostituées en quête de rédemption et des « soignants » sans formation. La religion joue un rôle important dans la façon dont est abordée la pratique du soin en effet pour les chrétiens « l'esprit religieux confond souvent soutien spirituel et soins corporels »⁷. Cette notion de charité pour l'amour de Dieu renvoie les soins à une notion de vocation, de bénévolat, ainsi les ordres religieux vont, à partir du XIIème siècle organiser la profession.

Les soins sont alors confiés majoritairement aux ordres féminins qui exercent toujours dans des lieux ouverts pour les « nécessiteux », les Hôtel-Dieu ou autres Maisons-dieu. A cette époque les religieuses soignantes se transmettaient entre elles le savoir de façon orale. Il n'existait pas de manuel, car la lecture et l'écriture n'était pas maîtrisée par ces femmes. Les novices étaient accueillies et formées par les sœurs les plus anciennes.

Le mot « infirmier » apparaît au cours du XIVème siècle, et va rapidement se féminiser dans le langage populaire.

Le métier d'infirmière va évoluer en parallèle avec les grandes avancées scientifiques et en particulier la découverte de l'anatomophysiologique lors de la Renaissance entre la fin

⁷ DUBOIS FRENEY, Catherine, PERRIN, Georgette. *Le métier d'infirmière en France : Du métier d'infirmière à l'exercice professionnel des soins infirmiers*. 6^{ème} éd. Paris : Presses Universitaires de France, 2009. 127 p. (Que sais-je ? ; 3052), p.9

du XV^{ème} et le début du XVII^{ème} siècle. A cette période les soins techniques sont exclusivement réservés aux élèves chirurgiens, et les infirmières étaient considérées comme de simples exécutantes pour les médecins, même si elles continuaient à satisfaire quotidiennement auprès des malades, ce qui allait être nommé plus tard les « besoins fondamentaux ».

En 1633 Saint Vincent de Paul crée un ordre non religieux « Les filles de la charité ». Pour la première fois une formation est inculquée aux soignantes. Lors de conférences il donne des préceptes et des règles aux soignantes sur les attitudes à avoir auprès des malades et des médecins. Le savoir continue ainsi à se propager de façon orale. Cette initiative sera toutefois un échec car les ordres religieux continuent à avoir la mainmise sur l'organisation des soins.

Il faut attendre la révolution Française en 1879 pour voir apparaître les prémices d'une laïcisation et une nationalisation des hôpitaux. Malgré tout le personnel soignant laïc reste minoritaire. Il n'existe à cette époque aucune loi sur le travail des femmes dont les deux rôles dans la société de l'époque sont le dévouement pour le foyer ou la religion.

A la fin XIX^{ème} siècle les progrès technologiques en matière de santé (les travaux de Pasteur en particulier), la croissance de l'alphabétisation, vont faire évoluer la pratique soignante notamment en termes de formation. Infirmière devient une profession. En 1878 les deux premières écoles, la Salpêtrière et Bicêtre vont ouvrir, en 1884 la croix rouge publie le premier manuel d'instruction des infirmières. En 1922 après la première guerre mondiale est créé le brevet de capacité professionnelle délivré après 22 mois de formations et qui deviendra le diplôme d'État d'infirmier en 1942.

En 1946 le Code de Santé publique donne une première définition de la profession d'infirmière : « *Est considéré comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillers par le médecin* »⁸.

Cette notion de réalisation des soins prescrits par le médecin reste bien ancrée dans la mentalité du législateur. Il faudra attendre les années 60 pour que la notion de « savoir propre » aux infirmières apparaisse, conduise à l'élargissement de son rôle et à sa reconnaissance.

⁸ Loi du 8 avril 1946 du Code de la Santé Publique, livre IV, titre II, article L 473. [en ligne] <http://papidoc.chic-cm.fr/544rolepropinfirm.html> (consulté le 04/10/2017)

En 1978 l'article L 473 est modifié et le rôle propre est institué : « *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu.* »⁹. Ce rôle propre va permettre d'élargir le sens donné au soin en incluant dorénavant la notion de prise en charge du patient dans sa globalité et non plus uniquement sur la pathologie et son traitement. L'infirmière va dorénavant identifier les besoins des patients dans le but de poser des diagnostics infirmier et d'élaborer avec l'équipe soignante un projet de soin personnalisé. L'infirmière doit ainsi collaborer avec les acteurs du soin et cette collaboration passe par la communication, qu'elle soit orale ou écrite. Isabelle Flachaire de Roustand¹⁰ nous rappelle qu'au cours de ces années un cahier de consignes servait de support aux transmissions orales entre les équipes de soins et que tout était transmis oralement à l'équipe médicale qui réalisait alors la synthèse du séjour.

Les années 80 marquent un tournant dans la pratique infirmière ; en effet le législateur va imposer aux infirmières l'élaboration et la gestion du dossier de soins infirmier¹¹ et un nouvel outil va faire son apparition : l'informatique. L'informatisation dans les hôpitaux va prendre un tel essor durant cette décennie qu'en 1989 le ministère de la santé va diffuser une circulaire définissant les grandes orientations afin d'organiser au plan national, la cohérence du système informatique hospitalier.¹²

L'instauration du dossier patient informatisé, et la loi du 13 mars 2000 qui légitime la valeur juridique de l'écrit électronique en précisant que « *l'écrit sur support électronique a la même force probante que l'écrit sur support papier* »¹³ vont faire basculer la pratique infirmière vers une nouvelle ère. L'infirmière doit désormais gérer l'outil informatique de plus en plus présent dans son quotidien, et faire avec l'obligation de traçabilité inhérente à la politique de qualité des soins. En ce sens la loi Hôpital, Santé et Territoires adoptée en juillet 2009¹⁴ viennent renforcer ces obligations qui incombent aux infirmières.

⁹ Loi du 8 avril 1946 du Code de la Santé Publique, livre IV, titre II, article L 473. Modifié par [Loi 78-615 1978-05-31 art. 1 JORF 1er juin 1978](#) Abrogé par [Ordonnance 2000-548 2000-06-15 art. 4 I JORF 22 juin 2000](#). [en ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=DD977516F4D39922CB046D4570D6619E.tplgfr33s_3?idArticle=LEGIARTI000006693243&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20000621 (consulté le 12 aout 2017).

¹⁰ Flachaire de Roustan, Isabelle. Les transmissions orales, un enjeu pour des soins de qualité. In *La revue de l'infirmière*, octobre 2009, n°154, p. 32-34.

¹¹ Décret n°81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier. Article 3
NOR: MESP0220026D. Version abrogée au 16 février 2002. [en ligne] (consulté le 12 aout 2017).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006063534&dateTexte=20020215>

¹² Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics. NOR: SPSH8910005C. [en ligne] http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/990/Cir_6-1-89.pdf

¹³ Loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information et relative à la signature électronique. NOR: JUSX9900020L. Version consolidée au 05 novembre 2017, [en ligne] (consulté le 12 aout 2017).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005629200#LEGIARTI000006284628>

¹⁴ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. NOR: SASX0822640L. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/texte> (consulté le 15 juillet 2017).

Au fil des siècles les missions et les responsabilités de l'infirmière n'ont fait que croître au gré des avancées technologiques et des modifications législatives. D'un art pratiqué par des religieuses aux savoirs limités, le soin infirmier est devenu un métier régi par des lois et des devoirs, pratiqué par un personnel formé dont le champ de compétence est devenu large. Dans ce contexte, la pratique des transmissions orales qui pourrait paraître obsolète au vu des avancées technologiques, perdure au sein des équipes soignantes.

3.1.2 Aspect législatif des transmissions orales.

Comme nous l'avons vu la profession infirmière est très encadrée juridiquement en particulier par le Code de la Santé Publique. Les transmissions orales étant une pratique ayant cours dans les services au titre de soin indirect il est nécessaire avant tout travail sur ce thème d'aborder le cadre législatif des transmissions orales.

Nous avons pu constater qu'au gré des avancées technologiques et des modifications réglementaires, l'écrit a été privilégié en tant que méthode de transmission de l'information du fait de sa traçabilité plus efficace. C'est pour cela que la majeure partie des textes concernant les transmissions ne légifèrent que sur les écrits, qui sont des documents légaux pouvant être saisis par la justice.

Mais il serait trop simple de penser que s'il n'existe pas de textes de loi, les transmissions orales échapperaient de ce fait à tout impératif réglementaire. Il nous faut donc à partir des textes essayer de circonscrire le cadre législatif auquel sont soumises les transmissions orales.

L'infirmier a le devoir de transmettre les informations permettant d'assurer la continuité des soins. L'article R4311-1 du code de la santé publique définissant l'exercice de la profession précise que celui-ci comporte « *l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation* »¹⁵. Toujours dans ce sens l'article R4311-2 ayant trait à l'objet des soins infirmiers parle du « *recueil des informations utiles aux autres professionnels* »¹⁶, l'infirmier doit donner les informations nécessaires aux autres professionnels, ce qui situe bien les transmissions orales dans ce cadre.

¹⁵ Code de la santé publique. Quatrième partie : Professions de santé. Livre III : Auxiliaires médicaux. Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière. Chapitre Ier : exercice de la profession. Section 1 : Actes professionnels. Article R4311-1. [en ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913888> (consulté le 12 août 2017)

¹⁶ Code de la santé publique. Quatrième partie : Professions de santé. Livre III : Auxiliaires médicaux. Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière. Chapitre Ier : exercice de la profession. Section 1 : Actes professionnels. Article R4311-2. [en ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913889> (consulté le 12 août 2017)

L'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier¹⁷ définit la compétence 9 comme « *organiser et coordonner les interventions soignantes* » et indique dans l'alinéa 3 que l'infirmier diplômé d'état doit « *Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité* ». On retrouve dans ce texte cette notion d'organisation de la continuité des soins et surtout le fait que l'IDE peut choisir l'outil de transmission des informations. Si l'écrit s'impose pour « *la conception, l'utilisation et la gestion du dossier de soins infirmiers* »¹⁸ pour des raisons de traçabilité, l'oral peut être utilisé par l'IDE (Infirmière Diplômée d'Etat) lors des transmissions.

L'un des derniers points important concernant les transmissions orales est qu'elles sont soumises au secret professionnel, en effet l'article R4312-4 du code la santé publique est on ne peut plus clair sur ce sujet : « *Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris.* ». Ce secret couvrant ce que l'IDE a entendu il s'applique donc de façon péremptoire aux transmissions orales, exposant le contrevenant aux sanctions prévues par l'article R226-13 du Code Pénal : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.* ».

Nous avons pu grâce aux différents textes de loi régissant la profession d'infirmier, délimiter le cadre législatif qui circonscrit les transmissions orales. Après ces approches historiques et législatives nous allons nous intéresser aux transmissions orales telles qu'elles sont appréhendées dans la littérature.

¹⁷ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Annexe II. NOR: SASH0918262A. Version consolidée au 02 septembre 2017, [en ligne] (consulté le 2 septembre 2017)
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044> (consulté le 2 septembre 2017)

¹⁸ Code de la santé publique. Quatrième partie : Professions de santé. Livre III : Auxiliaires médicaux. Titre 1er : Profession d'infirmier ou d'infirmière. Chapitre 1er : exercice de la profession. Section 1 : Actes professionnels. Article R4311-3. [en ligne]
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913890&dateTexte=&categorieLien=cid>
(consulté le 2 septembre 2017)

3.1.3 L'objet des transmissions orales

Selon Michèle Grosjean et Michèle Lacoste¹⁹ « la relève instaure la continuité temporelle des activités à travers le relais des personnes ». Les transmissions orales doivent effectivement permettre à l'équipe qui prend son poste de prendre connaissance des soins à réaliser dans les heures qui suivent pour chaque patient. Ainsi les infirmières peuvent rapidement planifier les tâches à court terme et permettre la continuité des soins grâce à une prise en charge immédiate et rapide. Il apparaît donc que l'objet même des transmissions orales est le patient et les informations concernant sa prise en charge.

Toutefois il serait réducteur de penser que les informations ne concernent que les soins, elles doivent en effet permettre une prise en charge globale du patient. C'est ce que rappellent Michèle Grosjean et Michèle Lacoste²⁰ « La relève n'a qu'un véritable sujet : le malade et les informations qui s'y rapportent, mais il se décline selon plusieurs facettes : l'état physique [...] les derniers événements survenus à son propos, son entourage familial [...] les soins donnés et ceux qui restent à faire ». On retrouve là des items qui ne nous sont pas inconnus ; la Maladie, les Thérapeutiques, l'Environnement et une partie du Développement (état physique).

Si les transmissions orales doivent permettre la prise en charge du patient dans sa globalité dans un but de personnalisation des soins, il nous faut donc nous intéresser à leur contenu.

3.1.4 Le contenu des transmissions orales.

Bien que le contenu des informations délivrées lors de la relève soit hiérarchisé différemment en fonction des spécificités des services de soins, l'étude de Chantal Laurens²¹ menée sur quinze séquences de transmissions orales permet d'en ressortir des éléments récurrents :

- L'état du malade (somatique et psychologique) à ce jour.

Ce premier élément permet aux IDE d'évaluer l'évolution de la situation du patient au regard de son hospitalisation.

- Les différents paramètres cliniques ainsi que leur surveillance.

¹⁹ Op. cit p.5 (5)

²⁰ Ibid. p.88

²¹ LAURENS, Chantal. *Les Interactions soignantes à l'hôpital : la relève interéquipe, moment clé de communication : valoriser la dimension interculturelle pour favoriser l'intelligence collective*. Paris : Éditions Seli Arslan, 2016, 172 p.

En fonction des pathologies et des connaissances sur celles-ci, l'IDE va interpréter ces informations. Cette analyse va permettre l'ébauche de la programmation des soins et une hiérarchisation des priorités des tâches.

- *Les traitements.*

Cet élément fait appel au rôle prescrit de l'IDE (administration des thérapeutiques) mais également à leur rôle propre (surveillance de l'efficacité et des effets secondaires).

- *Les examens et les consultations prévus.*

Cette information permet aux IDE d'organiser au mieux les soins en fonction des autres professionnels œuvrant dans le parcours d'hospitalisation du patient.

- *Les propos sur l'entourage.*

La prise en compte de l'environnement du patient (familial tout particulièrement), permet de mieux comprendre ses réactions face à la situation de soins. Cet élément est primordial pour une prise en charge globale et l'élaboration d'un projet de soins adapté.

- *Le devenir du malade.*

Cet élément abordé dès le début de la prise en charge permet non seulement l'élaboration du projet de soins, mais également la préparation des tâches administratives qui incombent aux IDE lors des sorties. Ces tâches qui représentent une charge importante dans le quotidien des IDE doivent pouvoir être anticipées pour être intégrée dans la planification de la journée.

- *Les situations problématiques.*

Ces situations parfois appelées « points du jour », amènent l'équipe à se positionner sur les actions à mener pour résoudre le problème. Mais cette réflexion sur les problèmes reste souvent limitée par l'absence de médecin lors des transmissions orales, ce qui limite les décisions par manque d'informations médicales.

Ces éléments rapportés par l'étude de *Chantal Laurens* semblent fondamentaux mais ne sont pas figés, ils sont dépendants des différents services mais également de l'IDE qui les présente. En effet la relève est un moment d'échange entre professionnels soignants et ne se résume pas à la simple notion « *d'interlocuteur actifs s'adressant à des personnes restant plus ou moins passives* »²². Les transmissions orales sont un moment interactif et comme le disent *Michelle Grosjean et Michèle Lacoste* « *Le rôle de l'interaction ce n'est pas seulement de transmettre à sens unique, c'est répondre aux questions et aux sollicitations des autres et intégrer leurs réactions, c'est construire un discours à plusieurs.* »²³.

²² Op cit. p.13 (21)

²³ Op cit p.5 (5)

Cette notion d'interaction et de construction du discours, nous amène à comprendre que les transmissions orales ne sont pas justes un simple moment d'expression de faits et d'information. Les transmissions orales ont des fonctions beaucoup plus profondes liées à la présence d'un groupe de professionnels dont chacun des individus possède une personnalité et des représentations qui lui sont propres.

3.1.5 Les fonctions des transmissions orales.

Comme nous l'avons vu dans la partie consacrée à l'objet des transmissions orales la première fonction de celles-ci est la programmation des soins, essence même de la relève qui a pour but la continuité des soins.

La deuxième fonction des transmissions orales est celle de contextualisation. Pour que l'information délivrée soit la plus juste possible elle doit être mise en contexte par l'IDE qui la délivre et l'IDE qui la reçoit. La relève est un échange entre des professionnels ayant des connaissances communes qui permettent la construction d'un sens aux différents événements.

Les faits énoncés lors de la relève ne sont pas choisis de manière anodine : « *Le choix des informations rapportées est guidé par des règles générales qui s'imposent à tous les services mais aussi par des règles, tacites ou non, propres à chaque service [...] Les critères mêmes de ce qui est notable ou important sont donc variables et modulables.* » (Grosjean et Lacoste)²⁴. Lorsque les deux auteurs parlent des « règles tacites » elles se réfèrent à ce savoir commun, lié aux connaissances mais également à l'histoire du service. Michèle Lacoste parle en ce sens de « *situation d'interconnaissance* »²⁵.

Ces connaissances ne portent pas que sur de la théorie, mais également sur le patient. Lors des transmissions orales les IDE ne donnent pas uniquement des informations récentes, elles rappellent des événements passés. Souvent l'IDE qui délivre les transmissions orales est interrompu ponctuellement par celle qui les reçoit pour ajouter une précision ou une information en sa possession. Ainsi elles enrichissent le savoir commun de l'équipe sur le patient. Les événements sont exposés à la lumière de son histoire, c'est ainsi que l'information est contextualisée par l'équipe lors des transmissions orales.

Une autre fonction des transmissions orales intrinsèquement liée à la mise en contexte est celle d'interprétation. Au regard de ses connaissances et du contexte l'IDE interprète les

²⁴ GROSJEAN, Michèle, LACOSTE, Michèle. *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*. Paris : Presses Universitaires de France, 1999, p.103.

²⁵ Op cit p13 (21)

informations qui lui sont délivrées afin de comprendre et ainsi d'agir de la façon la plus appropriée. Cette interprétation étant éminemment personnelle, elle amène l'IDE à s'interroger sur sa pratique ou sur sa compréhension de la situation, pour se faire elle va confronter son point de vue à celui de ses collègues. Cette fonction de confrontation est nécessaire à la réalisation du travail collectif. Elle va permettre le plus souvent la résolution des contradictions, par la confrontation des expériences et des interprétations, et ainsi maintenir la cohérence du projet de soins. La dimension de groupe lors des transmissions orales prend toute son importance dans cette fonction de confrontation : « *Plus la participation est nombreuse, plus riche la confrontation, plus grandes sont les chances de résoudre les contradictions et d'établir les faits.* » (Grosjean et Lacoste)²⁶.

Parler du projet de soins c'est mettre en rapports des actions et des résultats, et les transmissions orales permettent cette fonction d'évaluation. Lors de la relève les IDE font part de l'évaluation des actions menées, que ce soit des actions relevant du rôle propre ou du rôle prescrit. Dans son article « Les transmissions dans une recherche de démarche qualité », Monique Le Bars cite d'ailleurs comme un des principaux avantages de la transmission orale le fait qu'elle « *permet d'évaluer et de réajuster un projet de soins* »²⁷.

Les transmissions orales ne se limitent pas qu'à cadre fonctionnel, ainsi les deux dernières grandes fonctions des transmissions orales sont plus orientées sur des versants psychosociologiques inhérents au groupe en tant qu'équipe de travail; il s'agit de la reconnaissance de soi et de son travail et de la fonction expressive.

L'exposition au groupe lors des transmissions orales permet à l'individu de prouver sa place au sein de l'équipe et de s'inclure en tant qu'acteur d'un travail collectif. Michèle Grosjean et Michèle Lacoste expliquent ainsi que « *par le seul fait de rapporter ses actions, on démontre son utilité, on expose ses difficultés, on marque sa place.* »²⁸. Pour Grosjean et Lacoste : « *L'orientation vers la justification de soi devant le groupe est caractéristique d'un métier où l'on ne se soustrait pas au contrôle par les pairs.* »²⁹. L'IDE cherche aussi de façon plus ou moins consciente à obtenir l'approbation du groupe lorsqu'il expose devant lui les actes qu'il a réalisés lors de sa journée. Cette justification des actes dans un métier où ses responsabilités sont importantes permettent aussi à l'IDE de se rassurer sur sa pratique professionnelle.

²⁶ Op cit p.15 (24)

²⁷ Le Bars, Monique. Les transmissions dans une recherche de démarche qualité. In *Objectifs soins*, mars 1998, n°62, p. 12.

²⁸ Op cit p.15 (24)

²⁹ Ibid. p110

La relève est un temps fort émotionnellement parlant, lors de cet échange l'équipe se confronte à la maladie et à l'impact émotionnel de la relation de soins, ce qui la ramène à la difficulté du travail de soignant. Mais dans sa pratique l'IDE se doit de maîtriser ses affects afin que ceux-ci ne viennent pas interférer dans son jugement pour ainsi rester toujours objective. Lors de la relève la manifestation des affects est rendue possible par l'absence des patients mais elle reste toujours sobre et prend des formes détournées telles que les plaisanteries ou la dérision. C'est ce que relatent *Michèle Grosjean et Michèle Lacoste* : « *Les plaisanteries semblent d'autant plus nécessaires que le travail est salissant, les patients difficiles, les situations contraignantes ; elles sont parfois nuancées, parfois rudes et directes ; reprises en chœur elles rapprochent, autorisent la dérision, la prise de distance et effacent les tensions.* »³⁰. Cette prise de distance est nécessaire car comme nous l'avons vu précédemment, lors des transmissions orales l'IDE s'expose au groupe et se soumet à son jugement ; dans ce contexte une expression trop expansive des émotions pourrait être perçue d'un mauvais œil d'un point de vue professionnel.

3.1.6 L'organisation temporo-spatiale des transmissions orales

Après avoir étudié le fond des transmissions orales au travers de leur objet, leur contenu et leurs fonctions, nous allons nous intéresser à leur forme. Nous allons voir comment s'organise ce moment particulier très ritualisé dans le quotidien d'une équipe soignante.

3.1.6.1 Les différents temps de transmissions

Les transmissions orales se déroulent lors du chevauchement entre deux équipes, elles dépendent donc de l'organisation du temps de travail de chaque établissement de santé. Le contexte économique actuel pousse de plus en plus les employeurs à réduire les temps de chevauchements entre équipes afin d'économiser sur le temps de travail, la durée des transmissions orales s'en trouve sensiblement réduite.³¹ Auparavant d'une durée de 30 minutes le temps qui leur est alloué est actuellement de 20 minutes en moyenne.

Une autre différence notable est dépendante des services, certains travaillant en cycles de 12 heures et d'autres en cycles de 7h30. Pour la deuxième catégorie qui est encore la plus

³⁰ Op cit, p15 (24)

³¹ SYNDICAT NATIONAL DES PROFESSIONNELS INFIRMIERS (SNPI-CFE-CGC). *Indispensables transmissions infirmières*, [en ligne] <http://www.syndicat-infirmier.com/Transmissions-infirmieres.html> (consulté le 12 mai 2017).

représentée, il y a donc trois temps de transmissions ; celui du matin, celui du midi et celui du soir. La durée des temps de transmissions est variable en fonction des services mais dans l'étude de *Michèle Grosjean et Michèle Lacoste*³², l'analyse des durées des relèves dans trois services différents montre que le temps de transmissions entre l'équipe du matin et celle de l'après-midi est la plus longue. Nous retrouvons cette notion dans l'étude de *Chantal Lacoste* : « *Parmis les trois relèves formalisées sur une journée, la relève intermédiaire est la plus longue puisqu'elle dure 30 à 40 minutes alors que les deux autres ne durent que 15 minutes* »³³. Cette relève est d'ailleurs « *considérée comme la plus importante pour les professionnels interrogés qui estiment pour la plupart qu'elle est fédératrice de l'équipe soignante.* »³⁴. Cela s'explique par le fait que la visite du médecin le matin, apporte de nouvelles informations qui peuvent impliquer un réajustement du projet de soins et une planification des nouveaux soins prescrits.

3.1.6.2 L'organisation de la relève

D'un point de vue factuel les transmissions orales sont initiées par l'infirmière qui quitte son poste. *Michèle Grosjean et Michèle Lacoste* retrouvent une récurrence dans les trois services qu'elles ont étudiés : la partie orale des transmissions débute après la rédaction des transmissions écrites dans le dossier de soin. Le début de des transmissions orales est un acte très ritualisé, « *La norme est que la relève débute quand tout le monde est présent* » selon *Chantal Laurens*³⁵.

Lors de la relève de nombreux personnels soignants sont présents, on retrouve les IDE les AS (Aides-Soignantes) mais aussi les élèves IDE et AS, beaucoup plus rarement le cadre de santé du service. Malgré la présence de ces différentes catégories de personnel lors des transmissions orales, « *c'est toujours la participation infirmière qui les instituent* »³⁶ (*Grosjean et Lacoste*). L'axe de communication dominant va de l'IDE partante à l'IDE arrivante. L'IDE qui a eu les patients en charge le matin va les présenter un par un à l'IDE qui reprend le poste, de façon plus ou moins approfondie en fonction de si cette dernière connaît déjà les patient ou non.

³² GROSJEAN, Michèle, LACOSTE, Michèle. *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*. Paris : Presses Universitaires de France, 1999, 240 p.

³³ Op cit p.15 (24)

³⁴ Ibid p.113

³⁵ Op cit. p.13 (21)

³⁶ Op cit p.15 (24)

Les transmissions orales se déroulent le plus souvent dans la salle de soin et le positionnement des professionnels n'est pas anodin. Dans son livre « *Les interactions soignantes : la relève interéquipe moment clé de communication* » Chantal Lacoste retrouve un positionnement identique sur les 15 séquences de relèves qu'elle a observé : Deux cercles concentriques. Le premier, central et stable, comprenant les IDE (ce qui semble logique au vu de l'axe dominant de communication) et le second, extérieur et plus mobile, où se positionnent les autres soignants, en particulier les AS. De ce fait il me paraît important d'étudier la place des aides-soignantes dans les transmissions orales.

3.1.6.3 La place des aides-soignantes lors des transmissions orales

Selon l'arrêté du 22 juillet 1994 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant³⁷, « *transmettre ses observations par oral et par écrit* » fait partie des enseignements du programme de la formation. Dans sa « *réflexion sur les transmissions* », Olivier Guégan nous rappelle même que le même article « *définit les transmissions comme obligatoires* »³⁸ pour les AS.

De par leur fonction même au sein de l'équipe de soins les aides-soignantes sont les plus à même de fournir des données essentielles sur les besoins fondamentaux des patients. Chantal Laurens le confirme « *Les aides-soignantes donnent des informations sur les éléments physiques (autonomie, état de la peau, modification de l'état etc.) ou psychologiques (état de tristesse, de repli, de confusion, pleurs ou hilarité, hallucinations, etc.)* »³⁹. Ces éléments étant indispensables aux infirmières pour poser des diagnostics infirmiers et élaborer des projets de soins, la présence des AS lors des transmissions orales est indispensable.

3.1.6.4 Les difficultés rencontrées lors des transmissions

Le moment des transmissions orales bien que très ritualisé et codifié par ses différents acteurs reste un moment de communication très instable. Cette instabilité est due à ce que Chantal Laurens nomme les « *activités concurrentes et intrusives* »⁴⁰. Ces éléments

³⁷ Arrêté du 22 juillet 1994 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant et au certificat d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture. NOR: SPSP9401964A. [en ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549304> (consulté le 5 novembre 2017)

³⁸ Guégan, Olivier. Réflexions sur les transmissions. In *L'aide-soignante*, mai 2002, n°37, p. 24

³⁹ Op cit. p.13 (21)

⁴⁰ Ibid p.99

perturbateurs sont souvent le téléphone, l'entrée d'un personnel (médecin ou brancardier), dans la pièce, une sonnette... En effet durant la période des transmissions la vie du service continue et reste prioritaire sur ce moment pourtant si important. Ces interruptions fréquentes jouent sur la concentration des soignants, comme le disent *Michèle Grosjean et Michèle Lacoste* « *Il faut un effort pour garder le fil d'un discours plusieurs fois interrompu, et cette difficulté de concentration contribue à la pénibilité du travail* »⁴¹. L'état de fatigue des IDE joue également sur leur concentration et ainsi sur la qualité des informations données, cette fatigue peut amener à des oublis, des erreurs.

Monique Le Bars, pour son article « *les transmissions dans une démarche de qualité* »⁴² s'est intéressée au ressenti des soignants par rapport aux transmissions orales en réalisant des questionnaires distribués aux ASH (Agents de Services Hospitaliers), AS et IDE. De l'analyse de ses résultats il ressortait à l'époque (1998) que 91% des agents interrogés n'étaient pas satisfaits des transmissions orales. Les 4 principales causes évoquées étaient : La longueur, le bruit, le manque d'écoute et le fait de ne pas aller à l'essentiel.

Dans ce même questionnaire il était demandé aux agents insatisfaits de proposer des axes d'améliorations ; il en est ressorti que les principales propositions étaient de « *se discipliner* » et « *d'aller à l'essentiel* ».

Nous comprenons donc que les difficultés lors des transmissions orales ne sont pas uniquement dues aux interruptions extérieures, mais qu'elles peuvent venir de l'équipe elle-même.

⁴¹ Op cit p.15 (24)

⁴² Le Bars, Monique. Les transmissions dans une recherche de démarche qualité. In *Objectifs soins*, mars 1998, n°62, p. 12.

3.2 Cadre conceptuel

Après avoir défini le cadre théorique des transmissions orales en me penchant sur l'histoire, la législation et la littérature je me dois maintenant de circonscrire le cadre conceptuel de mon étude.

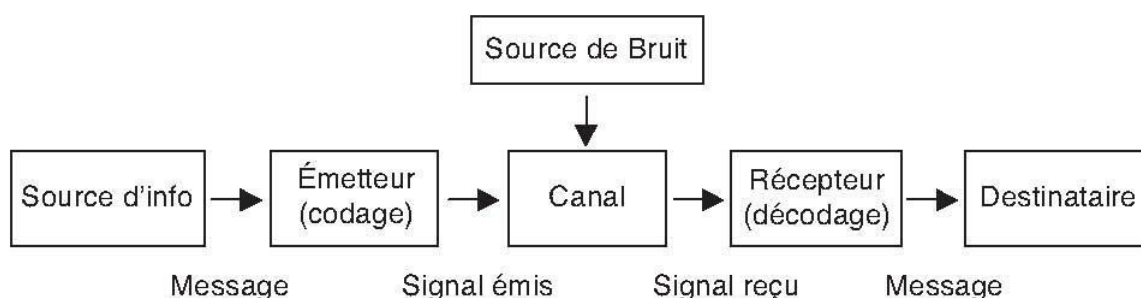
Je vais commencer par définir le concept de communication qui va nous permettre d'amener le concept de transmission orale en tant que soin indirect. Cette notion de soin indirect va nous demander d'éclaircir le concept de qualité des soins avant de définir l'objet de mon hypothèse : Le modèle théorique de la macrocible MTVED.

3.2.1 Le concept de communication

Pour Isabelle Flachaire de Roustand « *L'infirmière communique à tout moment avec tous les acteurs du soin que ce soit de façon formelle ou informelle* »⁴³. Le temps des transmissions orales est justement un moment de communication formalisé dans le quotidien de l'IDE.

Le terme « communication » vient du latin *communicatio* qui signifie « mise en commun », il s'agit d'un « *processus par lequel une personne (ou un groupe de personnes) émet un message et le transmet à une autre personne (ou groupe de personnes) qui le reçoit* ». ⁴⁴

En 1949 cette définition a été théorisée par Shannon et Weaver dans un modèle schématique:



Ce modèle est simple et linéaire, un émetteur envoie un message codé à un récepteur qui le décode dans un contexte de parasitage par des « bruits ». Le code est l'ensemble des règles partagées par l'émetteur et le récepteur, il peut s'agir du langage ou d'autres signes.

⁴³ Flachaire de Roustand, Isabelle. Les transmissions orales, un enjeu pour des soins de qualité. In *La revue de l'infirmière*, octobre 2009, n°154, p. 32-34.

⁴⁴ <http://www.cnrtl.fr/definition/communication> (consulté le 12 mai 2017)

Ce code permet de définir deux grands types de communications : la communication verbale qui passe par le langage et la communication non verbale (beaucoup moins consciente) qui est l'ensemble des gestes et postures, des mimiques, des silences... Ces deux types de communications sont utilisés lors des transmissions orales.

Il est important de noter que dans le cadre des transmissions orales le code utilisé par les infirmières lors de la communication verbale est très propre à la profession et s'appuie sur l'utilisation d'un vocabulaire professionnel, mais aussi des abréviations. Ces termes se doivent d'être partagés et connus par l'ensemble des acteurs de la relation de communication sous peine de ne pas être correctement décodés.

Le modèle très linéaire de Shannon et Weaver a évolué lorsque le récepteur a perdu sa passivité grâce à l'introduction de la notion de « feedback », désignant la réaction du récepteur au message et son retour vers l'émetteur. Ainsi naissait la notion d'interaction et de circularité dans le processus de communication.

M.Grojean et M.Lacoste vont plus loin dans la définition : « *l'acte de communication ne se réduit pas à un simple décodage, il met en œuvre des mécanismes d'interprétation qui s'appuient sur un traitement conceptuel de la signification* »⁴⁵.

De cette façon nous arrivons à la théorie des processus de la communication développée par *Alex Mucchielli* qui, selon un modèle constructiviste défini la communication comme toute « *production humaine qui peut être « lue » c'est-à-dire trouver un sens- dans la situation* »⁴⁶.

On trouve là cette notion de construction du sens par la contextualisation, car toujours selon *Mucchielli* « *le contexte est donateur de sens* »⁴⁷, les acteurs de la communication doivent faire un travail de mise en relation des éléments de contexte pour effectuer un travail d'interprétation ou d'« inférence », propres à cette construction du sens commun.

Si dans son article *Monique le Bars* définit la transmissions comme « *une information ou un message que l'on communique par écrit ou par oral à une ou plusieurs personne dans un but précis* »⁴⁸ fonctionnant selon le modèle émetteur/récepteur, elle note l'importance de choisir des mots portant le même sens pour les protagonistes. Elle insiste sur le fait que durant les étapes de la communication le message peut subir des modifications : « le bruit ».

Cette notion de bruit est très importante dans cette étude, il se définit par tout ce qui peut venir parasiter le message initial et en déformer le sens premier. Nous avons vu dans le

⁴⁵ Op cit p13 (21)

⁴⁶ MUCCHIELLI, Alex, CORBALAN, Jean-Antoine, FERRANDEZ, Valérie. *Théorie des processus de la communication*. Paris : A. Colin. 1998. 177 p.

⁴⁷ Ibid p15.

⁴⁸ Op cit. p20 (42)

cadre théorique que dans le cas des transmissions orales les « bruits » étaient très présents. Ces bruits sont de véritables source d'erreur dans les transmissions orales et donc par cela même ils peuvent mettre en jeu la qualité de l'information et donc du soin.

3.2.2 Concept de transmissions orales

Nous avons vu que les transmissions orales étaient un temps de communication au sens de la définition que nous en avons donné, nous allons maintenant définir ce concept de façon plus approfondie.

La transmission est définie comme « *l'action de transmettre, de faire passer quelque chose à quelqu'un* »⁴⁹, dans le cas des transmissions orales il s'agit de transmettre les informations nécessaires pour assurer la continuité des soins dispensés au patients lors du changement d'équipe. Il s'agit donc d'un « *Travail effectué à distance du malade et contribuant aux soins qui lui sont dispensés* »⁵⁰ c'est-à-dire d'un soin indirect tel que le définit le « dictionnaire illustré des termes de médecine ».

L'OMS dans son « *Guide pédagogique pour la sécurité des patients* » publié en 2011, appuie cette notion de soin en y ajoutant la notion de responsabilité qui y est inhérente : « *Les transmissions correspondent au transfert des responsabilités professionnelles de tout ou partie des soins d'un patient ou d'un groupe de patients à une autre personne ou à un autre groupe de professionnels, temporairement ou de façon permanente.* »⁵¹

Cette transmission d'informations se fait verbalement en passant par le langage qui joue un rôle important (quand bien même il soit souvent lié à une communication non verbale qui n'apporte dans ce cas que peu d'informations supplémentaire d'un point de vue fonctionnel). En effet le langage « *moyen de communication économique, souple et nuancé* »⁵² selon Grosjean et Lacoste, permet de s'exprimer rapidement mais également de produire de l'explicitation, d'expliquer et d'argumenter c'est-à-dire de mettre en place l'interaction indispensable entre les différents acteurs du soin lors des transmissions orales.

Monique Le Bars appuie sur cette notion interactive en définissant les transmissions orales comme « *une relation dynamique entre les personnes qui, de près ou de loin sont concernées par les soins* »⁵³.

⁴⁹ <http://www.cnrtl.fr/definition/transmission> [en ligne] (consulté le 5 novembre 2017)

⁵⁰ Op cit. p.5 (4)

⁵¹ <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/cours-module4.pdf?ua=1> [en ligne] (consulté le 14 novembre 2017)

⁵² Op cit p.15 (24)

⁵³ Op cit. p.20 (42)

Toujours dans ce même article *Monique Le Bars* rappelle que les transmissions orales présentent également des inconvénients : « *Elles ne laissent aucune trace ; il existe un risque de déformation, d'interprétation de l'information ; il existe un risque d'oubli* »⁵⁴. Il est donc nécessaire que les informations données soient de qualité, il s'agit là d'un point essentiel des transmissions orales.

Isabelle Flachaire de Roustand dans son article « *Les transmissions orales, un enjeu pour des soins de qualité* », explique que celles-ci sont capitales pour la continuité et la qualité des soins, elle les définit en ce sens comme « *un pilier de la réflexion et de la réalisation du plan de soins* ».⁵⁵ La délivrance de transmissions orales de qualité passe par une communication verbale efficace, que l'infirmière se doit de maîtriser.

Nous pouvons ainsi définir les transmissions orales comme un soin indirect qui au travers d'une relation interactive de communication verbale, permet aux soignants d'échanger des informations de qualité nécessaires à la continuité des soins.

3.2.3 Concept de qualité des soins.

La définition du concept de transmission orale que nous venons de donner nous impose de nous tourner vers un concept éminemment important, celui de la qualité des soins.

En 1982 l'OMS a défini la qualité des soins comme: « *Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison 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 pour un même 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.* ».⁵⁶

Cette définition ancienne présente grands axes de la qualité des soins ; le résultat des soins (qui en lui-même est facilement mesurable), le cout qui doit être le moins élevé possible, la sécurité du patient (le fameux *Primum non nocere*) et en dernier la satisfaction en terme de contacts humains. Cette dernière notion relativement vague, commence toutefois à aborder le ressenti du patient vis-à-vis de son expérience de soin.

Ces mêmes notions se retrouvent dans l'article R4311-2 du code de la santé publique ayant trait à l'exercice de la profession infirmière « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont*

⁵⁴ Ibid. p.12

⁵⁵ Op cit p.21 (43)

⁵⁶ <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/> [en ligne] (consulté le 1 mai 2017)

*réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle. »*⁵⁷. La notion de personnalité propre à chaque patient est ici mise en avant et précise même les différentes composantes que l'IDE doit prendre en compte lors de la réalisation des soins.

Aborder la pratique du soin dans une approche de qualité ne se résume pas qu'à effectuer des actes techniques de façon professionnelle en respectant les bonnes pratiques, à user des techniques scientifiques les plus récentes et à sécuriser le parcours de soin en traçant et validant des grilles informatiques. Pour *Walter Hesbeen* l'approche de la qualité des soins se doit d'être relationnelle : « *entrer en relation avec la personne, avec la volonté de vouloir la faire exister en tant que sujet dans la relation de soins et, par-là, l'accompagner et cheminer avec elle* ».⁵⁸

Il est donc question de la place que l'IDE accorde au patient, c'est-à-dire ne pas le résumer à une pathologie qu'il faut traiter et des symptômes qu'il faut soigner, « *Le malade n'est pas la maladie qu'il a* »⁵⁹ pour *Hesbeen*. Une relation de soin de qualité n'existe que dès lors que le patient est pris en compte dans sa globalité. C'est-à-dire que son ressenti, son vécu, son entourage, l'impact de sa situation psychologique et physique doivent être pris en compte dans l'élaboration de son projet de soins.

La qualité des soins infirmiers ne peut donc se définir par une liste exhaustive d'indicateurs ou de critères, *Walter Hesbeen* en donne une approche conceptuelle « *Une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le développement de la santé pour elle et son entourage [...] Elle procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe professionnelle* »⁶⁰. La pratique soignante de qualité passe donc par une implication de l'ensemble de l'équipe en vue d'une prise en charge personnalisée respectant la singularité et les besoins de chaque patient dans chaque domaine.

Pour ce faire l'IDE a besoin d'informations pour accompagner le patient tout au long de son parcours, c'est ici que les transmissions orales prennent tout leur sens en termes de qualité des soins.

⁵⁷ Code de la santé publique. Quatrième partie : Professions de santé. Livre III : Auxiliaires médicaux. Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière. Chapitre Ier : exercice de la profession. Section 1 : Actes professionnels. Article R4311-2. [en ligne] (consulté le 1^{er} mai 2017) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913889>

⁵⁸ HESBEEN, Walter. *La qualité du soin infirmier : De la réflexion éthique à une pratique de qualité*. 3^{ème} éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2017. p.56

⁵⁹ Ibid p.2

⁶⁰ Ibid p.65

3.2.4 Concept de macrocible MTVED.

Nous avons vu précédemment que pour réaliser des soins de qualité l'IDE a besoin d'informations diverses et variées dans différents domaines des composantes bio-psycho-sociales du patient. Pour transmettre à l'écrit ces informations indispensables et ne pas en oublier l'infirmière dispose d'outils dont l'un, sujet de mon étude est la méthodologie MTVED (Maladie, Traitement, Vécu, Environnement et Développement) utilisée pour la réalisation des macrocibles.

Dans les années 80 un groupe d'infirmières américaines mené par Suzanne Lampe présentent une nouvelle méthode de rédaction des transmissions dans le dossier ciblé créé dans les années 60 : les transmissions ciblées. Le but de ces transmissions ciblées est d'enrichir le dossier de soins avec les données recueillies par les IDE dans le cadre de leur rôle propre.

En 1990 Cécile Boisvert, IDE titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières à Washington, présente les transmissions ciblées pour la première fois en France lors d'une formation au GRIEPS (Groupe de recherche et d'intervention pour l'éducation permanente des professions sanitaires et sociales). Cette méthode de par sa praticité a été rapidement adoptée et préconisée par les professionnels de l'hexagone. Cette méthode a évolué et a été retravaillée jusqu'à ce qu'en 1995 Marie Claude Leng et Françoise Duquesne développent l'un des outils des transmissions ciblées (avec le diagramme de soins et les cibles « Données Action Résultat ») : la macrocible : « *Synthèse organisée des informations à un moment clé de la prise en charge du patient* ». ⁶¹ Celle-ci se structure selon 5 items : Maladie, Thérapeutiques, Vécu de la personne, Environnement familial ou social et le Développement, qui permettent de donner une « photographie du patient » à différents moments de son hospitalisation : à l'entrée, à un moment clef intermédiaire (opération chirurgicale...) et à la sortie.

Cet outil utilisé pour l'écrit est donc une méthodologie de classement des informations permettant lors de la rédaction de n'oublier aucune information importante. Les différents items balayent tous les champs d'informations nécessaires à connaître pour les soignants prenant en charge le patient. Elle est articulée selon dans une logique de démarche de soins tout en permettant aux soignants de la simplifier en ne faisant ressortir que l'essentiel.

⁶¹ DANCAUSSE, Florence, CHAUMAT, Elisabeth. *Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins*. Paris : ELSEVIER MASSON, 2008, p.8

Les différents items qui la composent sont très ouverts et permettent aux différents services de soins de l'adapter à leur pratique.

Il s'agit donc d'un outil méthodologique approuvé par l'ensemble des professionnels permettant aux IDE de classer les informations concernant un patient balayant toutes les composantes bio-psycho-sociales de l'individu grâce à 5 items simples à retenir. Cette méthodologie a fait ses preuves pour la réalisation des transmissions écrites et en particulier des macrocibles.

3.3 Cadre analytique

Mon travail de recherche a été mené sur une période s'étendant d'avril à novembre 2017. Le contexte socio-économique de cette période est singulier. Nous sommes presque 10 ans après la crise financière de 2008 et les gouvernements successifs n'ont eu de cesse de chercher à réaliser des économies dans les finances de l'état Français.

L'un des principaux axes d'économie est la réduction du déficit de la sécurité sociale pour lequel l'objectif du nouveau gouvernement est le retour à l'équilibre à l'horizon 2020.⁶²

Les chefs d'établissements hospitaliers se doivent dorénavant mener des politiques gestionnaires de gestion des coûts pour équilibrer la balance. Cette politique passe dans les établissements privés par les économies sur le temps de travail avec des mesures comme celles de la réduction de chevauchement entre les équipes.

Au vu de ce contexte j'ai décidé de mener mon étude au sein d'un établissement de santé publique, en l'occurrence le CHRU (Centre Hospitalier Régional Universitaire) de Nancy.

J'ai décidé de réaliser une étude descriptive de type qualitative s'intéressant à une pratique et ses représentations au sein d'un service de soins de cet établissement passant par la réalisation et l'analyse d'entretien semi-directif auprès d'infirmières.

1

⁶² L'EXPANSION/L'EXPRESS. *Actualité économique : trou de la sécu le gouvernement prévoit une forte réduction du déficit en 2018.* [en ligne] https://lexpansion.lexpress.fr/actualite-economique/trou-de-la-secu-le-gouvernement-prevoit-une-forte-reduction-du-deficit-en-2018_1947677.html (consulté le 24 novembre 2017)

Méthodologie de la recherche

4. Méthodologie de la recherche

4.1 Justification du choix de l'outil

L'objectif de mon étude est d'essayer de comprendre quels sont les buts et les fonctions des transmissions orales ainsi que leur rôle dans la qualité de la continuité des soins. Je vais donc amener les infirmières à se questionner et à réfléchir sur leur propre pratique, à donner leur opinion et explorer leur perception sur ce sujet.

D'après Imbert⁶³ « *Au plan méthodologique, la recherche qualitative s'inscrit dans une logique compréhensive en privilégiant la description des processus plutôt que l'explication des causes [...]. L'objectif est de saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants et le chercheur dans une dynamique de co-construction du sens.* » J'ai ainsi choisi de réaliser une étude descriptive de type qualitative en utilisant un outil flexible, interactif et favorisant l'expression des personnes interrogées, tout en conservant une ligne directrice me permettant de répondre aux objectifs fixés ainsi qu'à l'hypothèse de recherche préalablement formulée.

Les enseignements dont j'ai pu bénéficier lors de l'unité d'enseignement 3.4 du semestre 4 « Initiation à la démarche de recherche » m'ont permis de choisir entre quatre type d'outils de collecte de données fréquemment utilisés en recherche quantitative.

Mon choix s'est porté sur l'utilisation de l'entretien semi directif individuel qui est « *centré sur l'expression de l'acteur, selon une trame construite sous forme d'un guide d'entretien* » (L.Manache)⁶⁴. Il permet d'obtenir des réponses libres, de réaliser des relances sur des points importants, de faire préciser la pensée de la personne interrogée mais également de réorienter le propos si celui-ci dévie du sujet.

Pour ces raisons cet outil m'a paru adapté pour la réalisation de mon étude, de plus, mon sujet traitant des transmissions orales, je ne me voyais pas passer par un autre exercice que celui de la communication orale avec les professionnels. Ce moment d'échange entre les professionnels et le futur soignant que je suis garantissait une spontanéité des réponses et donc me permettait de recueillir des données fiables au plus proche de la réalité du terrain.

⁶³ Imbert, Geneviève. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie, In *Recherche en soins infirmiers*, 2010, vol. 102, no. 3, p. 23-34.

⁶⁴ Laurence MANACHE Epidémiologiste. Chargée d'enseignement UHP Nancy 1- Faculté de Médecine - Ecole de Santé Publique EA 4360

4.2 Construction de l'outil

Afin de pouvoir comparer les données collectées il m'a paru nécessaire d'élaborer une trame de questions identiques pour chaque personne interrogée. J'ai commencé par reprendre ma question de recherche, mon hypothèse générale ainsi que les grands principes que j'ai pu mettre en lumière lors de la conception de mon cadre d'analyse afin de déterminer les objectifs que je souhaitais atteindre lors de la réalisation des entretiens.

Cette première analyse m'a permis de faire ressortir cinq grands objectifs qui allaient être la base de l'élaboration de ma trame de questions :

- Appréhender les différentes fonctions et rôles de transmissions orales dans l'exercice soignant de l'IDE et déterminer ses attentes en termes de contenu.
- Déterminer ce qu'est une transmission orale de qualité pour l'IDE.
- Comprendre quelles sont les difficultés que rencontrent les IDE au quotidien lors de la réalisation des transmissions orales.
- Déterminer si les IDE se basent sur une méthodologie leur permettant de sélectionner les informations qu'elles vont délivrer lors des transmissions orales.
- Amener l'IDE à réfléchir sur la pertinence de l'utilisation de la méthodologie "macrocible MTVED" en tant que support d'élaboration des transmissions orales.

A partir de ces objectifs j'ai travaillé à l'élaboration des questions de ma grille d'entretien, j'ai choisi d'utiliser quelques questions fermées (pour les données purement statistiques telles que les années d'expériences) et une majorité de questions ouvertes ouvrant la porte à l'expression des opinions des IDE interrogés. J'ai pris soins d'organiser mes questions afin qu'un cheminement réflexif se fasse au fur et à mesure de l'entretien, cet ordre était très important afin de pouvoir mener l'interviewée à répondre à mes objectifs tout en conservant une fluidité dans l'échange, ce qui est la base de l'entretien semi-directif. Toujours dans cet objectif de fluidité, j'ai réfléchi à des phrases de relances permettant d'éviter les « blancs » et de redynamiser l'entrevue au cas où je sentirai que mon interlocuteur est arrivé à bout de son propos, mais également à passer d'une question à l'autre sans rupture.

J'ai présenté cette trame de questions à ma guidante de mémoire lors de notre troisième rendez-vous afin de la faire valider. Après avoir retravaillé sur certaines structures syntaxiques, corrigé certaines questions trop incitatives la trame a été validée.

J'ai également présenté mes questions à des proches, amis et famille ne travaillant pas dans le domaine de la santé afin de vérifier que mes questions étaient claires et compréhensibles.

Avec mes objectifs et ma trame de question j'ai été en mesure de créer mon outil : le guide d'entretien. Ce guide se comporte en première partie d'un rappel du thème de mon TFE ainsi que de la présentation des objectifs de l'entretien. La seconde partie est constituée de la liste de onze questions que j'ai été amené à poser aux IDE.

Ce guide d'entretien (Annexe I) a été envoyé pour validation externe à la direction des soins d'un CHU de la région Grand Est pour obtenir l'autorisation d'interroger le personnel soignant.

4.3 Choix de la population et lieu d'investigation

Les transmissions orales sont une pratique que l'on retrouve dans tous les différents services de soins, de la psychiatrie à la médecine en passant par la chirurgie. Ces services fonctionnent selon des horaires différents ; soit en 12 heures soit en 7 heures 30. Les recherches que j'ai effectuées lors de la construction de mon cadre d'analyse m'ont amené à choisir un service travaillant en 7h30 afin de pouvoir comparer les différences entre les trois différents temps de transmissions.

Afin de conserver une comparabilité entre mes résultats et du fait de la quantité de travail que représente la réalisation et l'analyse d'entretiens au regard des contraintes temporelles, j'ai décidé de me focaliser sur une seule et même discipline. Les services de médecines me semblaient être les plus intéressants à explorer car en mon sens ils requièrent une connaissance globale du patient par les soignants dans les différents secteurs bio-psycho-sociaux. J'ai voulu cependant voir les disparités qui pouvaient exister au sein d'une même discipline.

Le service de cardiologie que j'ai pu découvrir lors de mon premier stage comporte quatre secteurs, il m'a semblé intéressant de réaliser un nombre identique d'entretiens (trois) dans deux secteurs différents pour pouvoir comparer les pratiques au sein d'un même établissement.

J'ai souhaité également m'entretenir avec des jeunes professionnelles et des IDE plus expérimentées afin de savoir si l'expérience pouvait avoir un impact sur la pratique et la perception des transmissions orales.

J'ai suivi le protocole de demande d'autorisation pour effectuer une enquête dans le cadre d'un TFE (Travail de Fin d'Etude) en envoyant par courriel à la direction des soins le formulaire (Annexe II) accompagné d'une copie de mon guide d'entretien le 6 août 2017.

J'ai reçu le 10 août 2017 une réponse de la Cadre Supérieure de Santé responsable des stages paramédicaux, m'indiquant qu'en l'absence de réponse de l'encadrement du pôle de cardiologie elle m'orientait vers le service de médecine B qui était disposé à me recevoir dans le cadre de mon travail (Annexe III).

Je n'ai donc pas pu réaliser les entretiens comme je l'aurais désiré dans deux secteurs de cardiologie, toutefois mon enquête reste comme je le souhaitais dans un service de médecine travaillant en 7h30.

J'ai pris contact avec la cadre du service de Médecine B afin de discuter des modalités de réalisation des entretiens. Il a été convenu de deux dates pour la réalisation de trois entretiens lors de chaque session, les 06/09/2017 et 08/09/2017 me permettant ainsi d'obtenir les six entretiens que je m'étais fixé pour mon échantillon. J'ai convenu avec la cadre du service que les entretiens se réaliseraient sur la base du volontariat et en fonction des équipes présentes.

La constitution de mon échantillon a été confrontée à plusieurs facteurs extérieurs qui l'ont par la force des choses, limité sur certains aspects. Lors de mon entretien téléphonique avec la cadre du service, je lui ai spécifié que pour mon échantillon je souhaitais rencontrer des IDE ayant des expériences professionnelles différentes en termes d'ancienneté, mais dans ce service la moyenne d'expérience est plutôt basse (entre un mois et dix ans d'expérience). De plus le personnel IDE dans ce service est exclusivement féminin, je parlerai donc des « infirmières » lors de la présentation et l'analyse des résultats. Enfin, le sixième et dernier entretien n'a pas pu être mené à terme, l'infirmière que j'interrogeais ayant dû l'interrompre pour des raisons de nécessité du service. Cet entretien s'interrompant à la quatrième question je l'ai donc écarté de mon analyse.

Pour cette recherche j'ai donc réalisé cinq entretiens semi-directifs auprès d'infirmières du service de médecine B d'un CHU de la région Grand Est.

4.4 Déroulement du test de l'outil

Je me suis donc rendu par deux fois au service de médecine B, l'équipe présente à chacun de mes passages avait été informée de ma venue par la cadre. Les entretiens ont eu lieu en début d'après-midi à partir de 13h30 car les entrées de patients dans ce service se déroulent à 15h. Je me présentais ainsi dans un moment plutôt « calme » de la journée, juste après les transmissions orales du midi.

Après m’être présenté en salle de soins aux IDE et autres professionnels présents une infirmière m’accompagnait dans la salle de repos. Cet éloignement de la salle de soins et de la présence des collègues m’a permis de réaliser l’entretien dans des conditions de calme propices à l’échange tout en garantissant la discrétion des propos.

Avant chaque entretien je précisais à l’infirmière que ses réponses seraient anonymes et utilisées uniquement dans le cadre de la recherche réalisée pour mon TFE. J’ai demandé à chaque infirmière si elles acceptaient que j’enregistre sur mon smartphone notre entretien, tout en précisant qu’après retranscription et anonymisation ces enregistrements seraient détruits afin de garantir la confidentialité. Toutes les infirmières ont acceptées l’enregistrement sonore, dans le cas contraire j’avais prévu un cahier et un stylo pour prendre des notes.

Pour débiter chaque entretien je présentais le thème de mon mémoire uniquement. Je ne présentais volontairement pas mon hypothèse et ma question de recherche pour ne pas influencer les réponses et ainsi respecter le cheminement de mon questionnaire. Je signalais à chaque infirmière que leurs réponses étaient libres et que leur point de vue serait écouté sans aucun jugement.

J’ai à chaque fois précisé par avance la durée prévisionnelle de l’entretien, soit une quinzaine de minutes, car les infirmières étaient inquiètes de devoir quitter leur poste pour une longue durée. En posant une base temporelle, j’ai ainsi pu leur permettre de se dégager l’esprit de leurs tâches professionnelles et du « timing » serré en service de soins. La durée prévisionnelle a été respectée car les entretiens ont duré entre 9 et 17 minutes pour le plus long d’entre eux.

Après avoir remercié mon interlocutrice pour ses réponses, celle-ci prenait congé et invitait l’une de ses collègues à me rejoindre pour débiter l’entretien suivant.

C’est de cette manière que j’ai mené à terme sur deux jours, cinq entretiens, dont les résultats et leur analyse seront le propos de la prochaine partie de ce travail.

Analyse, interprétation et discussion des données

5. Analyse, interprétation et discussion des données

5.1 Analyse des données

5.1.1 Méthode d'analyse des données

J'ai voulu étudier les représentations personnelles et les opinions des différents professionnels que j'ai interrogés et essayer de faire ressortir la fréquence d'apparition de certaines réponses.

J'ai d'abord réalisé une retranscription écrite des entretiens (Annexe IV) que j'avais enregistrés, me trouvant ainsi face à des résultats bruts difficilement interprétables d'un point de vue statistique.

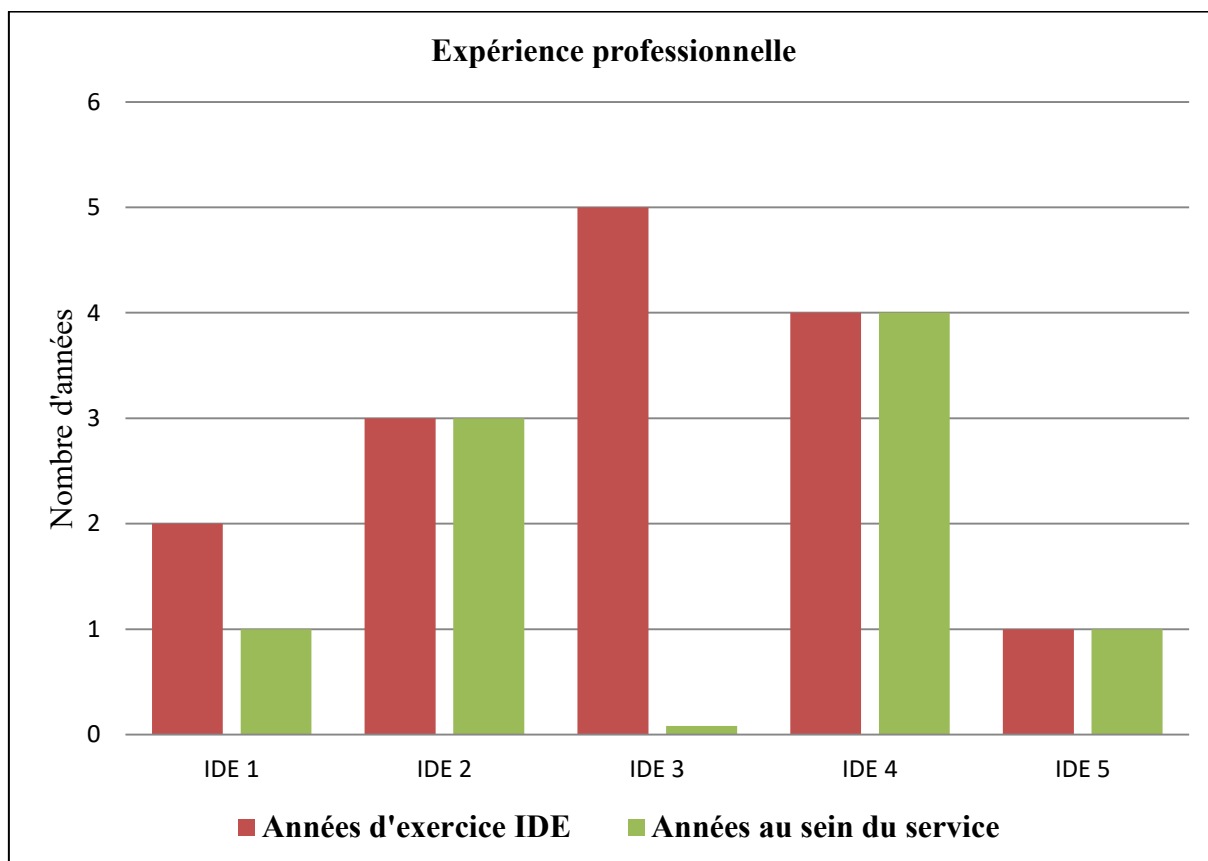
Il m'a donc fallu préparer ces données pour l'analyse; j'ai attribué à chacune des questions posées en entretien un intitulé ainsi qu'un numéro de variable. J'ai ensuite regroupé les réponses similaires, utilisant un champ lexical commun, des mots clés identiques ou des synonymes afin de constituer des modalités de réponses, en étant attentif à conserver l'essence même du propos.

Les différentes modalités de réponses se sont vues attribuer un code numérique (sans valeur quantitative) afin de faciliter l'analyse statistique. Le codage de ces variables a ensuite été synthétisé dans un tableau récapitulatif nommé « dictionnaire des codes » (Annexe V). A partir de cet outil, j'ai pu réaliser grâce au tableur Excel, une matrice des données sous forme de tableau permettant l'élaboration de représentations graphiques des résultats (Annexe VI).

5.1.2 Résultats

- Question 1 : « depuis combien de temps Depuis combien de temps exercez-vous la profession d’infirmière ? »

- Question 2 : « Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ? »

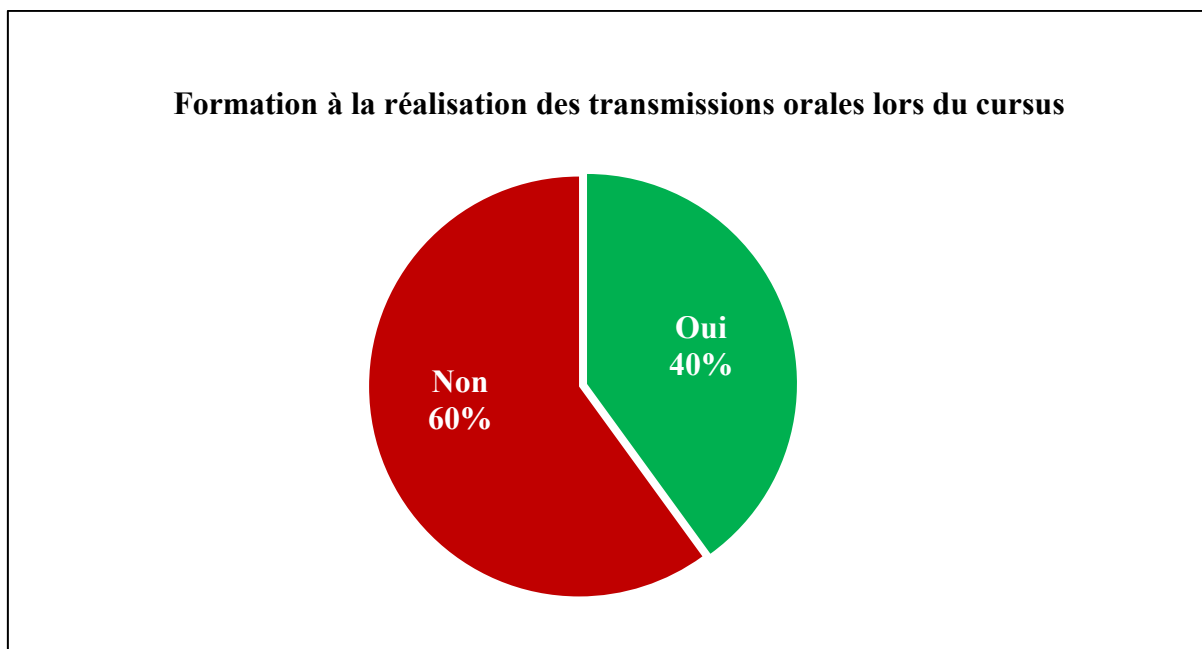


Les infirmières que j’ai interrogé dans lors de cette étude ont une ancienneté dans la profession de cinq années pour la plus ancienne et d’une seule année pour la moins expérimentée. L’expérience moyenne en tant qu’IDE de l’échantillon interrogé est de trois ans.

Les années d’ancienneté dans le service vont de quatre ans à un mois, cet écart important combiné à la petite taille de l’échantillon ne me permet pas de calculer une ancienneté moyenne représentative.

L’IDE n°1 a travaillé auparavant une année en salle de réveil à la maternité, l’IDE n° 3 a travaillé durant plusieurs années en réanimation et en service de soins continus avant de rejoindre le service il y a un mois. Les trois autres IDE interrogées ont intégré le service dès lors qu’elles ont été diplômées.

- Question 3 : « Lors de votre cursus (scolaire et professionnel) avez-vous été formé(e) à la réalisation des transmissions orales ? »



Deux infirmières sur cinq disent avoir été formée à la réalisation des transmissions orales lors de leur cursus (professionnel et scolaire).

Sur les trois infirmières qui ont répondu négativement à cette question, l'une d'elle a spontanément répondu « non parce que c'est interdit ».

- Question 4 : Si « oui » : de quelle manière ?

Pour l'une des deux infirmières ayant bénéficié d'une formation à la réalisation des transmissions orales, celle-ci a eu lieu lors de la période de doublure à l'entrée en service et a été réalisée par ses pairs.

La deuxième a été formée à la réalisation des transmissions orales lors de ses différents stages en IFSI par les infirmières référentes.

- Question 5 : Si « non » : Pensez-vous que cela aurait été un plus ?

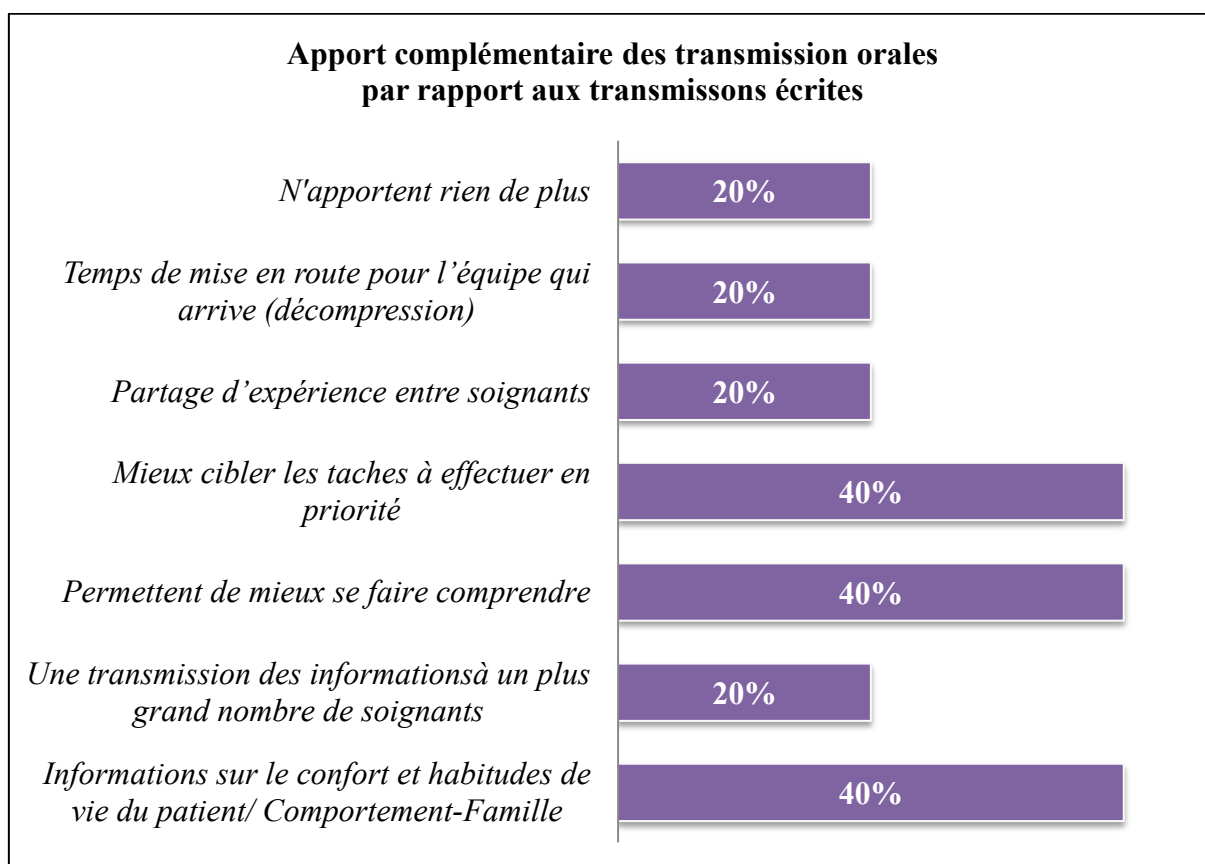
Pour 100% des infirmières ayant répondu « non », une formation à la réalisation des transmissions orales lors de leur cursus aurait été un plus.

Pour la première infirmière, une formation lors de la scolarité en IFSI permettrait « d'éviter les erreurs et les oublis d'informations ».

Pour la deuxième infirmière interrogée bénéficier d'une formation lui aurait permis « d'éviter le stress des premières transmissions, dut à la responsabilité de transmettre les informations sans en oublier ».

La quatrième infirmière estime qu'une formation sur les transmissions orales serait intéressante pour « synthétiser et prioriser les informations qui parfois se perdent ou sont fausses ».

- Question 6 : Selon vous qu'est-ce que les transmissions orales apportent de plus que les transmissions écrites ?



Les trois fonctions supplémentaires apportées par les transmissions orales par rapport aux transmissions écrites qui ressortent (pour toutes les trois dans les mêmes proportions) sont :

- Le ciblage des tâches à effectuer en priorité.
- Les informations concernant l'environnement socio-familial et le comportement du patient.
- La meilleure compréhension par les autres soignants.

Ces trois avantages ont été cités par les trois premières infirmières interrogées. Les deux infirmières ayant cité la fonction de ciblage des tâches à effectuer en priorité ont spontanément donné cette réponse en première intention.

Pour ce qui est des informations concernant la sphère comportementale l'infirmière numéro 3 explique que l'oral est plus pratique que l'écrit pour synthétiser sur ce thème car sinon cela « prendrait trois pages ».

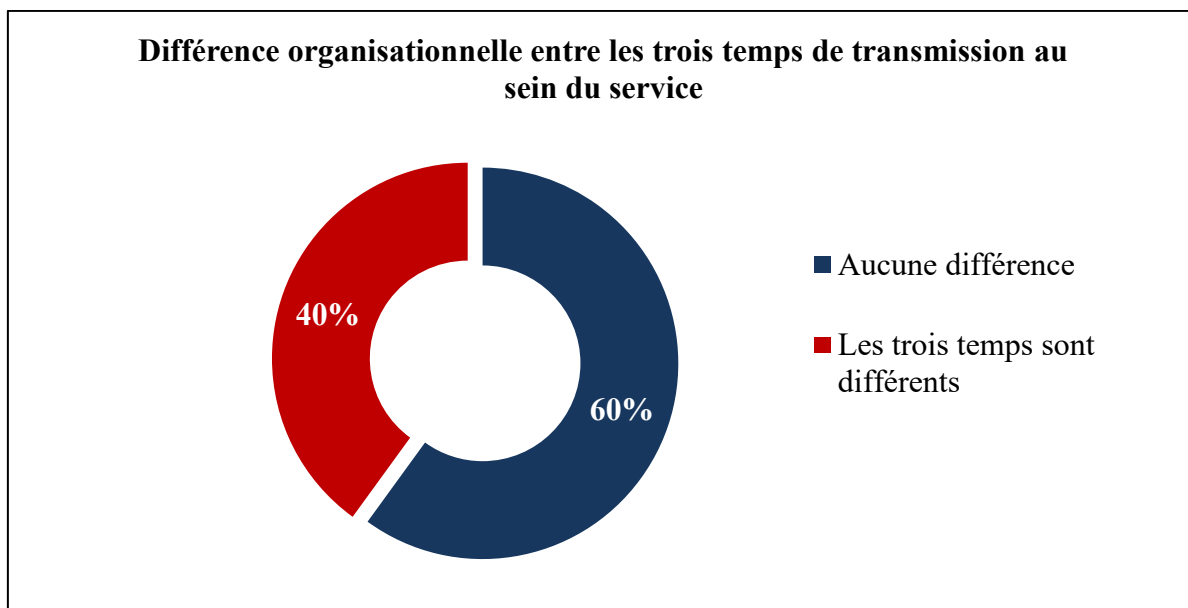
Pour la notion de meilleure compréhension, l'infirmière numéro 3 cible tout particulièrement « les posologies des traitements » ainsi que leur dénomination. L'infirmière numéro 2 quant à elle, explique qu'à l'écrit l'utilisation de termes professionnels n'est pas toujours pertinente alors qu'à l'oral l'utilisation d'un vocabulaire plus courant permet de mieux se faire comprendre.

L'infirmière numéro 2 qui a évoqué une transmission à un plus grand panel de soignant l'explique par une « meilleure accessibilité des interlocuteurs » du fait de leur présence physique.

Cette notion d'équipe se retrouve dans les fonctions de « partage d'expérience » entre soignants citée par l'infirmière numéro 3 et celle de « temps de décompression » citée par l'infirmière numéro 4.

L'infirmière numéro 5 estime que les transmissions orales n'apportent rien de plus que les transmissions écrites.

- Question 7 : Il existe trois temps de transmissions entre les équipes, sont-ils tous organisés de la même manière dans votre service et comment se déroulent-ils?



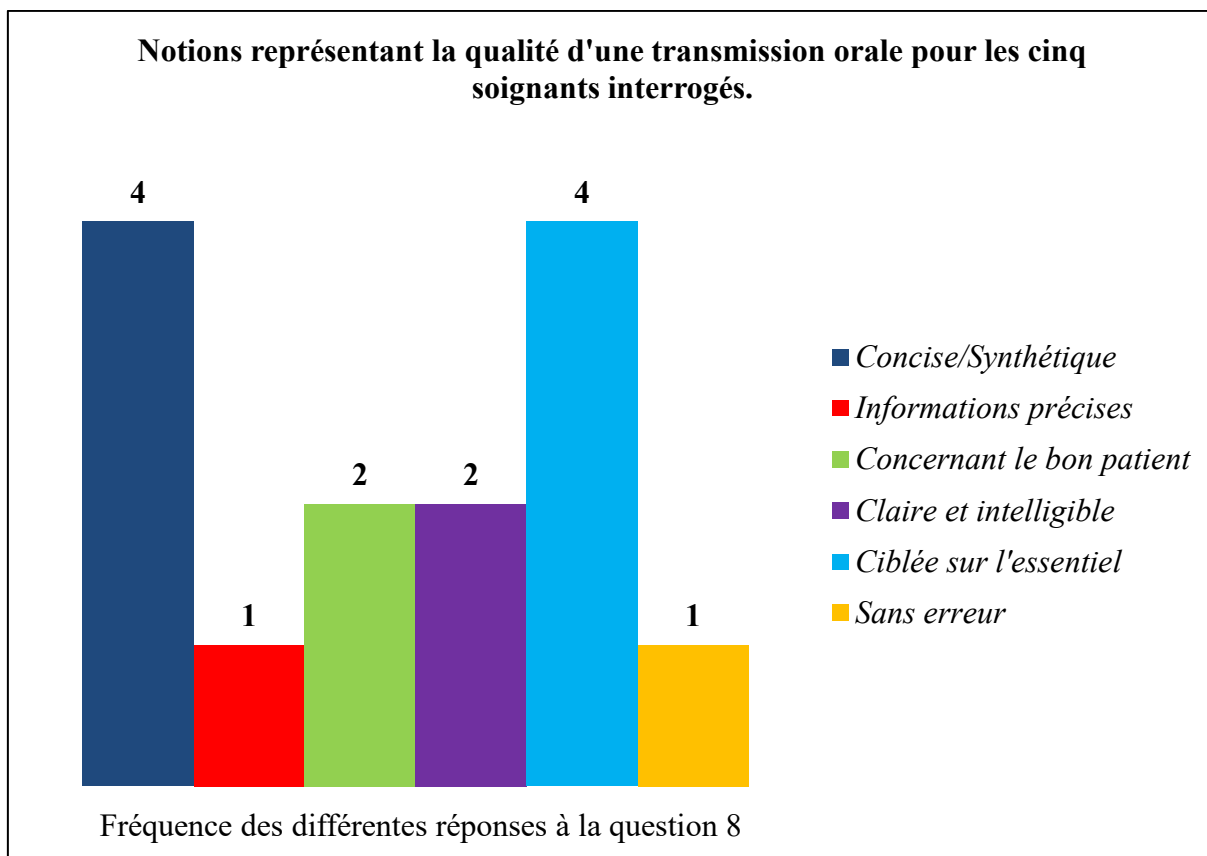
Les trois premières infirmières interrogées disent qu'il n'y a pas de différence d'organisation pour les différents temps de transmissions. L'infirmière numéro 2 précise toutefois qu'institutionnellement le temps de transmission du matin est de 20 minutes contre 30 pour celles du midi mais qu'elles sont organisées de la même façon.

Les deux autres infirmières interrogées notent des différences organisationnelles entre les trois temps de transmissions.

Pour l'IDE n°4 le temps du matin est le plus court, celui du midi est le plus long car les problèmes sont exposés à l'équipe et aux médecins qui participent parfois à cette relève. Le soir les transmissions sont axées sur les tâches urgentes à effectuer par rapport aux entrées de l'après-midi.

Pour la dernière infirmière plusieurs facteurs modifient l'organisation des transmissions, les roulements de travail (une infirmière qui est présente plusieurs jours d'affilée connaît les patients et les soins à prodiguer contrairement à une infirmière qui revient après plusieurs jours de repos et aura besoin de plus d'informations), le moment des transmissions comme le soir, l'équipe de nuit n'a besoins que des informations nécessaires pour la garde), et de la manière dont la collègue réalise les transmissions (certaines sont plus synthétiques).

- Question 8 : Pourriez-vous me donner trois ou quatre mots qui illustrent pour vous la notion de qualité d'une transmission orale ?



Les notions de concision et de ciblage sur l'essentiel (c'est-à-dire seuls les éléments nécessaires à la prise en charge du patient) sont les réponses les plus fréquemment associées à la qualité des transmissions orales et citées chacune par 80% des infirmières. Trois infirmières sur les cinq interrogées citent comme premier mot leur venant à l'esprit « concise » ou « synthétique ».

La clarté (intelligibilité) et le fait que les informations concernent le bon patient sont citées deux fois chacune (40%).

Les notions de précision de l'information délivrée et l'absence d'erreur sont citées chacune une fois (20%).

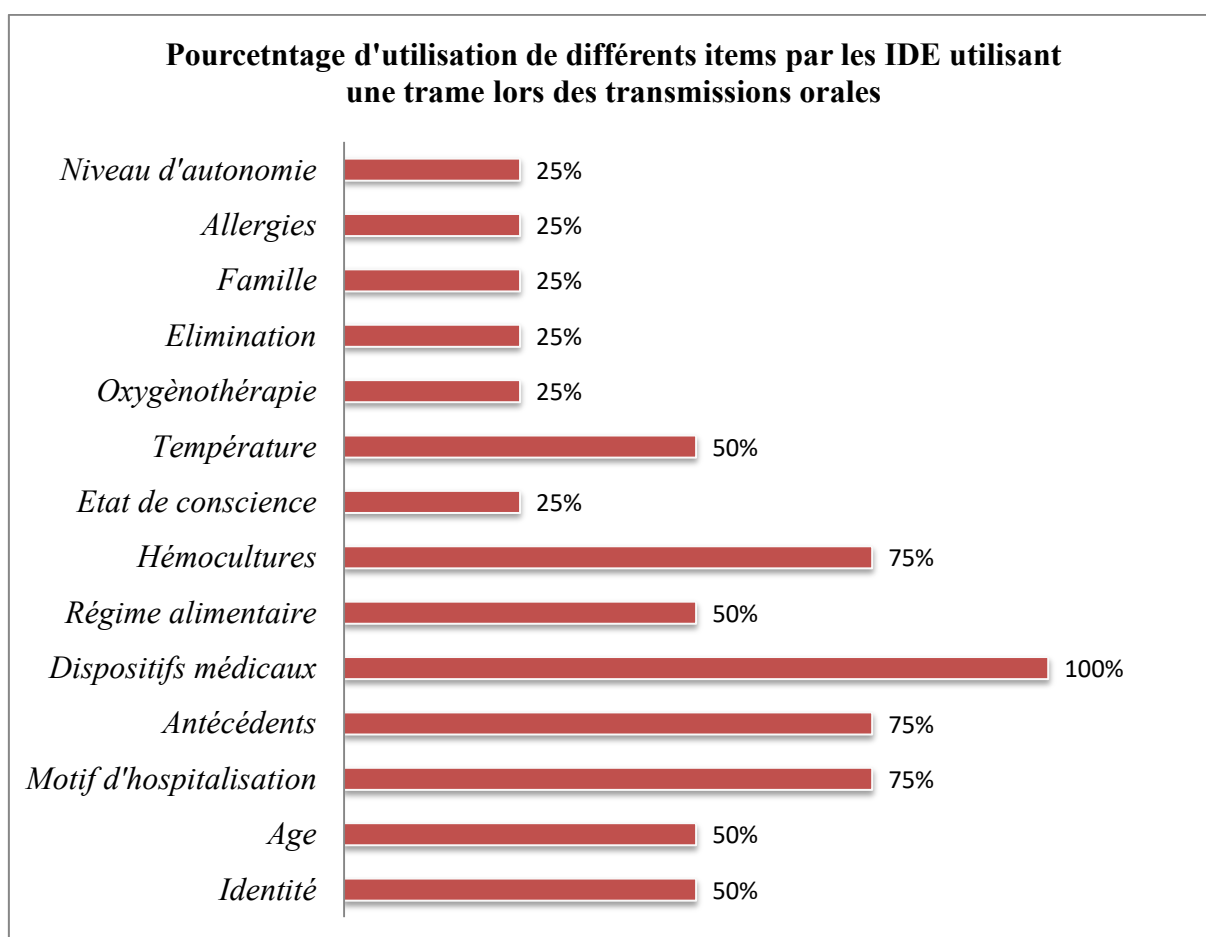
- Question 9 : Utilisez-vous une méthode pour classer les informations que vous donnez lorsque vous réalisez les transmissions orales pour vos collègues ?

Toutes les IDE interrogées (100%) utilisent une méthode pour organiser les informations qu'elles délivrent lors des transmissions orales :

Quatre utilisent une trame (80%), pour trois d'entre elle cette trame est mentale, la quatrième utilise une trame écrite.

L'IDE n°2 réalise pour sa part une opération de « visualisation mentale » du patient suivie d'une description.

Le prochain graphique représente les différents items utilisés par les infirmières réalisant une trame pour la réalisation des transmissions orales ainsi que leur fréquence.



A chaque fois que les items : Age, Identité, Motif d'hospitalisation et Antécédents sont cités par les infirmières ils le sont dans les quatre premiers.

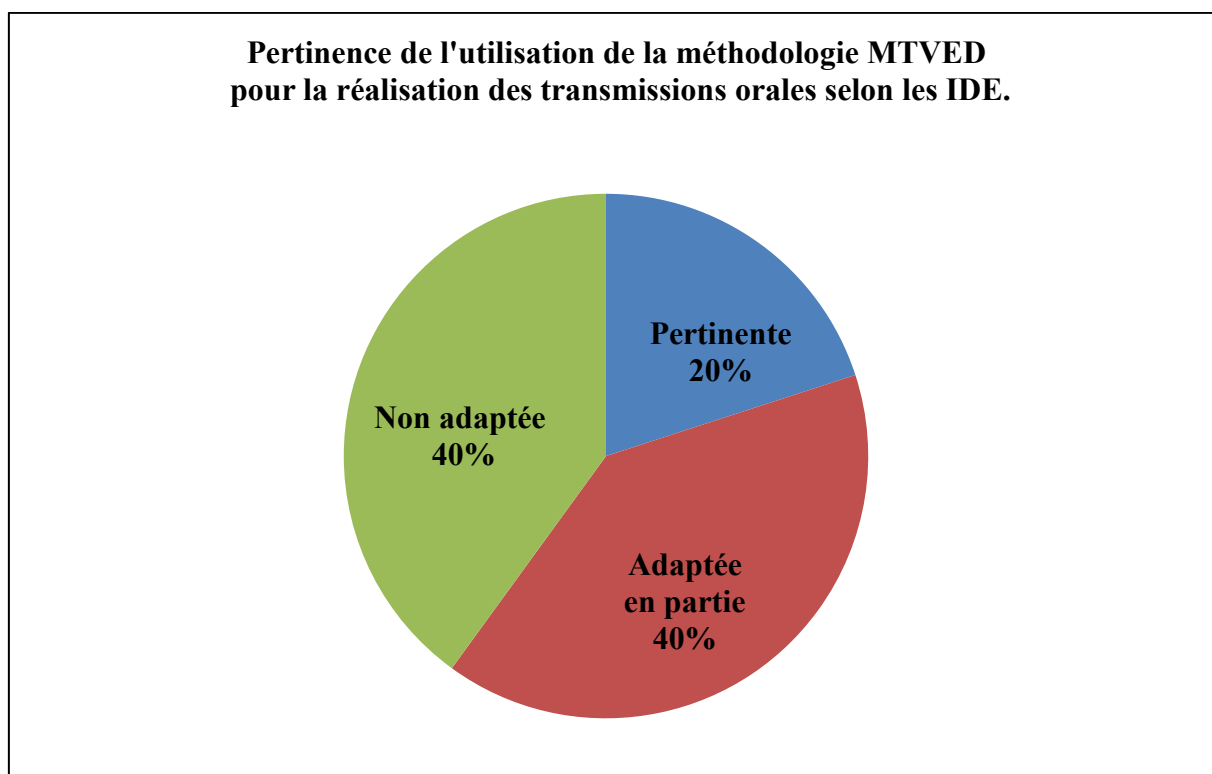
L'item « Dispositifs médicaux » (sonde urinaire, perfusions, voie centrale, pic-line sont cités) est cité par toutes les infirmières interrogées.

- Question 10 : Connaissez-vous la méthodologie dite MTVED utilisée pour la rédaction des macrocibles ?

Toutes les infirmières interrogées disent connaître la méthodologie MTVED, quatre d'entre elles me disent spontanément l'avoir vue lors des cours de l'IFSI. L'IDE n°3 me stipule toutefois ne plus se souvenir exactement à quoi correspondent chacun des items

L'infirmière n°2 me cite spontanément les 5 items du MTVED (Maladie, Traitement, Vécu, Environnement, Devenir) comme réponse à ma question.

Question 11 : Qu'en pensez-vous en tant que support de classement pour les transmissions orales ?



Seule une infirmière estime que l'utilisation de la méthodologie MTVED lui semble pertinente pour la réalisation des transmissions orales. Elle déclare cependant « ne pas l'utiliser ».

Deux infirmières estiment que l'utilisation de cette méthodologie est adaptée en partie. L'IDE n°1 estime que l'utilisation du MTVED permet de donner des informations concernant l'environnement du patient, mais que cette méthodologie source de « trop de répétitions » est

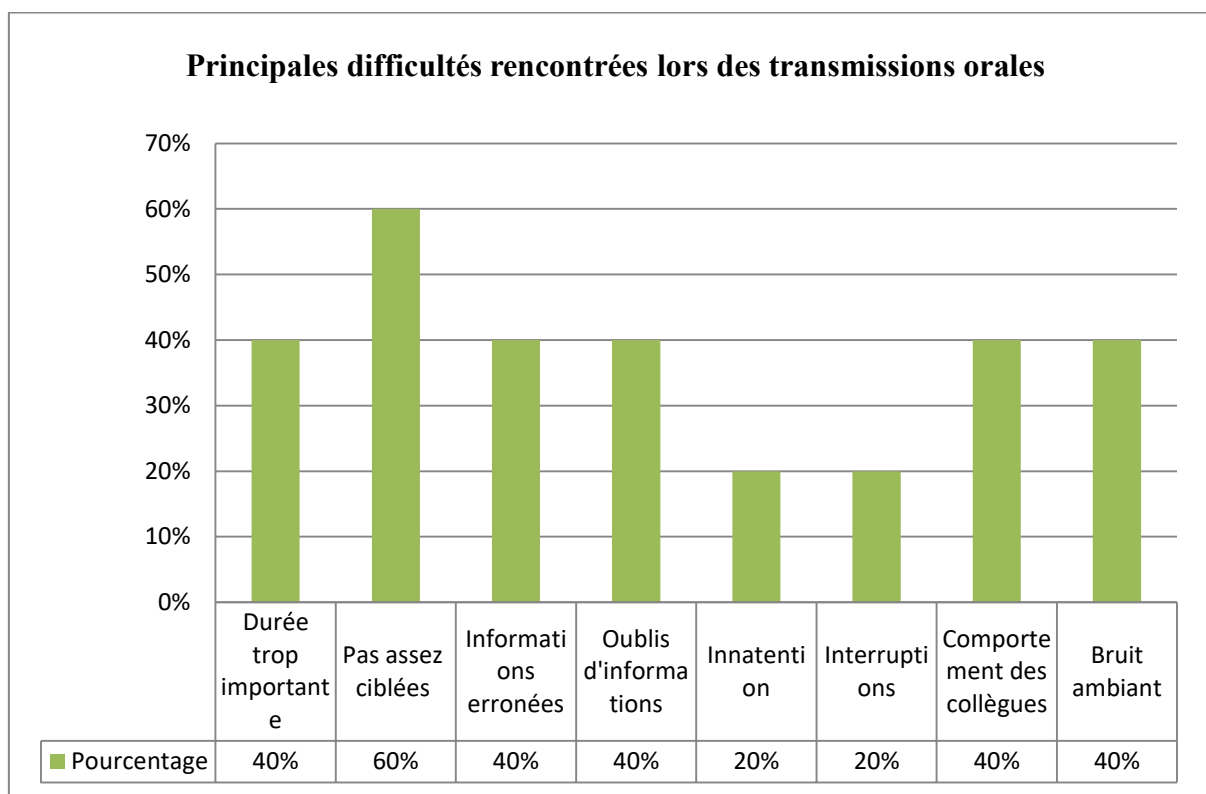
« bonne pour l'école ». Elle ajoute ensuite que « la planification murale permet d'avoir une vue d'ensemble et de se rappeler des points essentiels ».

L'IDE n°5 pour sa part pense que cette méthodologie est adaptée pour classer les informations concernant la maladie, les thérapeutiques et le vécu mais que l'item environnement était « trop flou ».

Deux infirmières sur les 5 interrogées estiment que l'utilisation de la méthodologie MTVED n'est pas pertinente pour la réalisation des transmissions orales.

Les deux IDE expliquent que cette méthodologie est adaptée à l'écrit. L'une d'elle émet l'hypothèse que cette méthode est « peut être plus adaptée à d'autres services », l'autre IDE estime qu'il y a des choses supplémentaires à rajouter à l'oral en particulier « les soucis avec la famille » et « ce que tu n'as pas envie d'écrire dans le dossier ».

Question 12 : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien lors des transmissions orales ?



Le manque de « ciblage » lors des transmissions orales est la principale difficulté exprimée par les IDE interrogées. Les oublis d'information et les informations erronées sont cités dans 40% des cas. Il en est de même pour la durée estimée trop longue ainsi que le bruit ambiant et

le comportement des collègues. Les interruptions et l'inattention sont des difficultés qui ne sont citées qu'une fois chacune.

Question 13 : Avez-vous des idées pour pallier à ces difficultés ?

La première IDE interrogée estime qu'il serait intéressant d'avoir une « trame » ou de réaliser les transmissions orales avec un ordinateur permettant d'accéder aux logiciels de soins à côté.

L'IDE n°2 explique que même en mettant un mot sur la porte « Transmissions en cours », cela ne dissuade pas les personnes d'interrompre les transmissions orales. Elle pense que les autres personnes « ne savent pas que les équipes font des transmissions d'informations » et ajoute pour étayer son avis que « quand t'es pas dans le milieu tu ne sais pas ».

Pour l'IDE n°3 il est illusoire de pallier aux difficultés rencontrées et en particulier « l'éloignement du sujet » car dit-elle : « c'est dans la nature du métier au final de parler, de partager ».

La quatrième IDE interrogée à ce sujet propose que le temps alloué aux transmissions orales soit raccourci pour « obliger les gens à synthétiser et à ne donner que les informations nécessaires pour prendre le poste ».

La dernière IDE pense qu'il serait intéressant de réaliser au préalable une synthèse écrite avant de débiter les transmissions orales mais que cela « prends du temps ».

5.2 Discussion des résultats

Avant de commencer la discussion des résultats et de les interpréter par la suite je tiens à rappeler la question de recherche qui a été le point de départ de cette étude : **Lors de la réalisation des transmissions orales, les infirmières s'appuient-elle sur une méthodologie qui leur permet d'assurer une continuité des soins de qualité ?**

En lien avec cette question de recherche j'avais émis l'hypothèse que **l'utilisation de la macrocible MTVED comme modèle méthodologique permet aux infirmières de réaliser des transmissions orales de qualité.**

Je tiens également à rappeler les objectifs que je m'étais fixé lors de la réalisation des entretiens :

- Appréhender les différentes fonctions et rôles de transmissions orales dans l'exercice soignant de l'IDE et déterminer ses attentes en termes de contenu.
- Déterminer ce qu'est une transmission orale de qualité pour l'IDE.
- Comprendre quelles sont les difficultés que rencontrent les IDE au quotidien lors de la réalisation des transmissions orales.
- Déterminer si les IDE se basent sur une méthodologie leur permettant de sélectionner les informations qu'elles vont délivrer lors des transmissions orales.
- Amener l'IDE à réfléchir sur la pertinence de l'utilisation de la méthodologie "macrocible MTVED" en tant que support d'élaboration des transmissions orales.

Pour débiter il est important de préciser que les infirmières que j'ai interrogé sont relativement peu expérimentées car elles ont toutes entre cinq et une année d'exercice professionnel ce qui est peu pour la profession d'IDE. D'ailleurs en refaisant le lien avec la théorie, Isabelle Flachaire de Roustand expliquait dans son article que la maîtrise de la communication verbale par l'infirmière s'acquerrait au cours des 5 premières années de pratique professionnelle.

Les infirmières qui ont été formées aux transmissions orales l'ont toutes été sur leur lieu de stage ou de travail. Il n'y a en effet pas de formation théorique enseignée sur les transmissions orales dans les IFSI. L'infirmière la plus expérimentée nous explique avoir été formée aux transmissions orales lors de son entrée en service de réanimation, alors qu'il n'y a pas eu de formation de ce type dans le service où j'ai mené les entretiens. Ceci laisse penser que dans certains services la formation aux transmissions orales semble importante, et qu'il y a une carence en la matière. Ceci est d'ailleurs confirmé par le fait que toutes les IDE qui n'ont bénéficié d'aucune formation sont d'accord pour dire que cela leur aurait été bénéfique. Il existe un besoin de formation sur les transmissions orales de la part du personnel soignant.

En cherchant à comprendre d'où venait ce besoin nous nous rendons compte que les infirmières pensent qu'une formation sur les transmissions orales permettrait d'éviter les oublis d'information ou la délivrance d'information erronées. Des informations complètes et sûres sont, comme nous l'avons vu en première partie de ce travail, le gage de transmissions orales de qualité.

Il est intéressant de revenir sur la réponse d'une IDE qui pense que la formation aux transmissions orales ne se fait pas car celles-ci sont interdites. Il s'agit d'une idée fautive liée au fait qu'il n'y a pas de législation propre concernant les transmissions orales, il y a un manque de connaissance de certaines IDE par rapport à ce sujet.

Quand on s'intéresse aux attentes des infirmières par rapport aux transmissions orales et en particulier ce qu'elles apportent de plus que les transmissions écrites, on se rend compte que le « ciblage des tâches à effectuer en priorité » est la fonction qui ressort spontanément dans une grande proportion. Cette notion de « mieux cibler » grâce aux transmissions orales nous ramène aux transmissions ciblées, desquelles découle le concept de macrocible MTVED. L'aspect de priorisation des tâches s'inscrit pleinement dans l'objectif d'assurer rapidement la continuité des soins, qui l'objet et l'enjeu majeur des transmissions orales comme nous l'avons vu dans le cadre théorique. D'après les IDE interrogées les transmissions orales permettent d'obtenir plus d'informations concernant les habitudes de vie du patient, son confort et sa famille. On retrouve là la notion d'informations nécessaires pour une prise en charge du patient dans sa globalité prônée par W.Hesbeen. Ces informations sont par ailleurs celles que l'on peut retrouver dans les items Environnement, Vécu et Développement de la macrocible MTVED.

Les transmissions orales permettent également aux infirmières de mieux se faire comprendre en étant plus précises mais également de transmettre l'information à un plus grand nombre de soignants. On retrouve ici un point clé du concept de transmission orale : le langage. C'est grâce à la communication orale que les informations sont entendues par un plus grand nombre, et c'est ce même langage qui permet de produire de l'explicitation, de donner du sens, chose beaucoup moins aisée avec des transmissions écrites.

Les autres apports cités par les infirmières ont moins trait à la fonctionnalité des transmissions orales mais se rapprochent plus des fonctions sociales que nous avons pu voir au travers de l'étude de Grosjean et Lacoste⁶⁵. Le « temps de décompression » et surtout le « partage entre soignant » sont des fonctions qui sont plus orientées sur l'équipe de travail en elle-même. Une des infirmières affirme même dans l'un des entretiens que « c'est dans la nature du métier au final de parler, de partager ». Lorsqu'une des IDE parle de son appréhension lors de la réalisation de ses premières transmissions orales face au groupe, on pense immédiatement à la notion d'intégration à l'équipe et à la justification de son travail auprès de ses pairs.

En ce qui concerne l'organisation en elle-même des temps de transmissions nous avons vu dans l'étude de Chantal Laurens⁶⁶ que ces temps étaient différents et que celui du midi était le plus important. Même si 60% des IDE interrogées estiment qu'il n'y a aucune

⁶⁵ GROSJEAN, Michèle, LACOSTE, Michèle. *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*. Paris : Presses Universitaires de France, 1999, 240 p.

⁶⁶ LAURENS, Chantal. *Les Interactions soignantes à l'hôpital : la relève interéquipe, moment clé de communication : valoriser la dimension interculturelle pour favoriser l'intelligence collective*. Paris : Éditions Seli Arslan, 2016, 172 p.

différences, nous apprenons que le temps alloué institutionnellement à la relève du midi est supérieur de 10 minutes aux autres ce qui tend à démontrer qu'il a une plus grande importance. Les infirmières qui estiment que chaque temps est différent expriment que le temps du midi est le plus long car il traite des informations données par les médecins qui sont présents le matin. Ces nouvelles informations demandent en effet à l'équipe de réajuster certains projets de soins ce qui prend du temps. On retrouve aussi dans les propos les notions de différences de temps transmissions orales en fonction des moments de la journée (plus court le soir car axé uniquement sur les tâches urgentes à réaliser la nuit), mais également en fonction des connaissances des IDE sur les patients. Comme nous l'avons vu la durée des transmissions orales varie non seulement en fonction des instants de la journée mais également des infirmières présentes.

Lorsque l'on analyse la représentation qu'on les infirmières de la qualité des transmissions orales les notions de concision, de synthèse et encore une fois de ciblage des informations sont les plus importantes à leurs yeux. Ces notions sont à mettre en lien avec le besoin d'avoir des informations permettant d'assurer les soins prioritaires dans une démarche de continuité des soins. Concernant les informations les infirmières indiquent que pour être de qualité elles se doivent d'être sans erreur et concerner le bon patient ce qui va également dans le sens de la qualité des soins telle que nous l'avons abordée.

Si les infirmières parlent d'erreurs et souvent d'oubli d'information dans les entretiens c'est parce que le temps des transmissions orales est un temps instable, sujet aux « bruit » tels que défini dans le concept de communication. C'est pour cela que j'ai interrogé les IDE sur les difficultés qu'elles rencontraient lors des transmissions orales. J'ai obtenu des résultats que je diviserai en deux catégories, l'une étant plus centrée sur la critique et l'autre sur les causes des difficultés. Les principales critiques émises par les IDE de mon étude par rapport aux transmissions orales sont les erreurs et les oublis, le manque de ciblage et la longueur. On retrouve ici les mêmes critiques qu'Isabelle Flachaire de Roustand avait mis en lumière dans son questionnaire⁶⁷. Pour ce qui est des causes, l'inattention, les interruptions (« *activités concurrentes et intrusives* » décrites par C.Laurens) mais également le bruit sonore ambiant et le comportement des collègues sont citées par les IDE, ce qui est sensiblement ce que l'on retrouve dans la littérature.

Dans les propositions que donnent les infirmières pour pallier aux difficultés rencontrées dans leur pratique des transmissions orales on retrouve les notions de trame toute

⁶⁷ Flachaire de Roustan, Isabelle. Les transmissions orales, un enjeu pour des soins de qualité. In *La revue de l'infirmière*, octobre 2009, n°154, p. 32-34.

faite et de réalisation préalable d'une synthèse écrite ce qui ramène à ce besoin d'un outil méthodologique permettent de structurer les informations sans en oublier. Une infirmière parle de raccourcir le temps de transmission pour obliger les gens à synthétiser et aller à l'essentiel, c'est actuellement ce qui est en train de se passer dans les services de soins où les temps de chevauchement entre équipe tendent à se réduire. Une IDE parle d'une expérience dans le service où un écriteau avait été apposé sur la porte notifiant « transmissions en cours », cette initiative dit elle n'a pas fonctionné. Cela est dû au fait que les patients, leur famille, et les autres acteurs des soins n'ont pas conscience de l'importance de la relève pour le travail des IDE.

J'en arrive maintenant à l'analyse de la question de la méthodologie utilisée par les IDE qui est le fondement de ma question de recherche. La réponse à la question « utilisez-vous une méthodologie pour la réalisation des transmissions orales ? » a été unanime. Toutes les infirmières utilisent une méthodologie et majoritairement une trame qu'elle soit écrite ou mentale composée d'items. En effet elles ont besoin de cette trame pour ne pas oublier d'informations, et lorsque l'on regarde de plus près les items composants cette trame on peut tous les regrouper dans les différents items du MTVED. La méthodologie MTVED est d'ailleurs connue par toutes les infirmières interrogées qui leur a été enseignée lors de leur formation qui date pour toutes de moins de 5 ans.

J'ai ensuite demandé aux IDE si elles trouvaient pertinente la méthodologie MTVED pour la réalisation des transmissions orales afin de confronter mon hypothèse à leur point de vue de soignantes. Seule une infirmière sur les cinq trouve cette méthodologie pertinente, mais deux autres la décrivent comme adaptée en partie. Mais infirmer ou confirmer mon hypothèse au simple regard de cette question n'est pas pertinent. Il faut revoir les résultats dans leur globalité ; les IDE reconnaissent toutes utiliser une méthodologie, dans leurs propos elles parlent de « cible », elles classent les informations en fonction d'items... Si elles disent ne pas utiliser la méthodologie MTVED on sent qu'inconsciemment elles s'appuient en partie sur cette méthodologie dont elles se rappellent toutes.

Je ne peux donc pas complètement affirmer ni infirmer mon hypothèse « **l'utilisation de la macrocible MTVED comme modèle méthodologique permet aux infirmières de réaliser des transmissions orales de qualité** » en l'état. Pour ce faire il est nécessaire que j'aie plus loin, que j'ouvre le sujet, que j'élargisse l'échantillon. C'est ce que je vais expliquer dans la partie suivante.

5.3 Interprétation

Dans cette dernière partie de mon travail je vais effectuer une analyse critique de mon travail afin de pouvoir en établir la portée et envisager les ouvertures sur l'avenir que celui-ci permet.

5.3.1 Critique des résultats

La première limite de ce travail est due au fait que je n'ai pu étudier qu'un seul service alors qu'il aurait été intéressant de pouvoir effectuer des comparaisons sur la pratique des transmissions orales en fonction des spécialités qu'elles soient somatiques ou psychiatriques. Une des IDE interrogées émet d'ailleurs l'hypothèse que la macrocible MTVED est peut-être adaptée pour la réalisation des transmissions orales dans d'autres services.

Ayant décidé d'interroger les IDE sur la base du volontariat je n'ai pas pu créer un échantillonnage représentatif surtout au point de vue de l'ancienneté. Nous avons vu que les infirmières que j'ai interrogé ont au maximum 5 ans d'expérience. J'aurais aimé pouvoir confronter les points de vue d'infirmières plus expérimentées et surtout ayant bénéficié de la formation avant les réformes de 2006.

Mon échantillon étant restreint (5 IDE), il ne permet en aucun cas d'effectuer une généralisation des résultats de cette étude qui nécessiterait d'être effectuée auprès d'un panel beaucoup plus large.

D'un point de vue analytique l'utilisation de la technique des entretiens semi directif est une pratique très difficile tant au point de vue de la réalisation que de la retranscription et de l'analyse. La nécessité de rester objectif et de retranscrire les mots tels qu'ils ont été dits n'est pas chose aisée pour un novice. J'ai parfois été débordé par certaines informations et j'ai dû recadrer l'entretien pour le recentrer sur les objectifs, perdant ainsi la spontanéité de l'échange. L'analyse des résultats d'entretiens nécessite de synthétiser les propos sans les déformer pour pouvoir présenter des résultats parlants. La quantité d'informations recueillies est importante et il est certain que j'ai probablement omis d'en interpréter certaines qui auraient pu être intéressantes. J'ai parfois été confronté à des contradictions dans les propos des IDE interrogées, ce qui m'amène à constater que la pratique des transmissions orales est profondément liée à l'humain et à ses imperfections, il ne s'agit pas d'une pratique codifiée.

Dans mon travail j'ai parlé de la singularité des patients mais il faut tenir compte de la singularité des infirmières qui ont toute une approche différente de cette pratique.

C'est en ce sens que je pourrai critiquer l'approche de mon travail, j'ai tenté d'amener les IDE à réfléchir sur méthodologie très théorique et scolaire dans un contexte professionnel. J'ai voulu circonscrire dans un cadre un peu trop méthodologique une pratique dans laquelle s'exprime en fait la profonde humanité du métier d'infirmière. Mais au moment de poser mon hypothèse je n'avais pas encore notion de toutes les fonctions sociales des transmissions orales et de leur importance au sein de l'équipe. Mon inexpérience professionnelle et mon positionnement d'étudiant a forcément joué sur la manière dont j'ai appréhendé mon sujet.

5.3.2 Portée des résultats

Il n'existe que très peu de recherches et de travaux sur les transmissions orales qui sont pourtant un des rouages essentiels de la continuité des soins, cette étude réalisée sur un petit échantillon a permis à des IDE de réfléchir et de s'exprimer sur une pratique qui est au cœur de leur profession.

Les résultats de cette étude portent sur des services qui travaillent en 7h30, une pratique qui tend à disparaître au niveau des services de médecine du CHRU qui sont en train de basculer vers des horaires en 12h sans temps de transmissions.

Bien que les résultats de cette étude ne me permettent pas de valider mon hypothèse en l'état, ce travail pourrait être l'ébauche d'une réflexion plus large sur la manière d'optimiser les transmissions orales en termes de qualité tout en conservant leurs fonctions sociales.

5.3.3 Prospectives

J'ai expliqué que pour affirmer mon hypothèse il fallait que j'ouvre un peu plus mon travail. En ce sens il serait intéressant d'utiliser les informations données par les IDE de mon échantillon pour créer un questionnaire qui permettrait de me centrer sur les attentes des IDE en termes de qualité des transmissions orales sans aborder le MTVED. Cette analyse large pourrait permettre de développer un outil permettant de structurer les transmissions orales et de le tester dans différents services.

Cette idée a déjà été explorée par l'OMS qui dans son « guide pour la sécurité du patient »⁶⁸ publié en 2011 et traduit en français en 2015 présente l'outil « I PASS THE BATON » (je passe le relais). Méthode mnémotechnique permettant de réaliser des transmissions orales précises et synthétiques:

I	Introduction (présentation)	Se présenter, préciser son rôle et sa profession ainsi que le nom du patient
P	Patient	Nom, identifiant, âge, sexe, lieu
A	Assessment (évaluation)	Présenter la plainte principale, les signes vitaux, les symptômes et le diagnostic
S	Situation	État actuel, circonstances, directives anticipées, degré de certitude (d'incertitude), changements récents et réponse au traitement
S	Safety concerns (préoccupations relatives à la sécurité)	Résultats de laboratoires/dossiers essentiels, facteurs socio-économiques, allergies et alertes (chute, isolement, etc.)
The		
B	Background (antécédents)	Comorbidités, épisodes précédents, traitement actuel et antécédents familiaux
A	Actions	Quelles mesures ont été prises ou sont nécessaires ? Fournir une brève justification
T	Timing	Niveau d'urgence, calendrier explicite et priorisation des actions
O	Ownership (appropriation)	Identifier qui est responsable (personne/équipe), y compris le patient/la famille
N	Next (ensuite)	Que se passera-t-il ensuite ? Changements attendus ? Comment y répondra-t-on ? Y a-t-il un plan B ?

Cette méthode adaptée à un public anglophone semble assez difficile à mettre en place en France, mais il pourrait servir de base avec le MTVED à la création de l'outil dont j'ai parlé précédemment.

J'ai également expliqué que les services de médecine basculaient vers des horaires de travail en 12h sans temps de transmission, c'est le cas du service dans lequel j'ai réalisé mes entretiens. En octobre 2017 ce service est passé en 12 heures, il serait intéressant de retourner voir les IDE que j'ai interrogé pour connaître leur ressenti par rapport à la disparition du temps de transmissions orales et si la continuité des soins à court terme était réalisable uniquement avec les transmissions écrites.

⁶⁸ WHORLd HEALTH ORGANIZATION. *Patient safety*, [en ligne] <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/cours-module4.pdf?ua=1> (consulté le 19 novembre 2017)

Conclusion

6. Conclusion

Mon travail de recherche avait pour but de comprendre le rôle des transmissions orales dans la pratique infirmière et d'explorer les représentations que les infirmières en avaient. Je me suis orienté tout particulièrement sur les méthodes que celles-ci utilisaient pour réaliser des transmissions orales de qualité. J'avais émis l'hypothèse que l'utilisation d'une méthodologie apprise en cours dans le cadre des transmissions ciblées, en l'occurrence la macrocible MTVED, pouvait servir de support de classement des informations.

J'ai dans ce sens débuté une étude descriptive de type qualitative qui consistait en la réalisation d'entretiens semi directifs auprès d'infirmières d'un service de médecine.

L'analyse des résultats obtenus ne m'a pas permis de valider stricto sensu mon hypothèse de recherche mais m'a fait comprendre que les infirmières se basaient sans se rendre compte sur la méthodologie MTVED lors de la réalisation des transmissions orales.

J'ai compris que les transmissions orales étaient un moment clé dans la vie d'une équipe de soins. Les fonctions pratiques de transmission d'information pour la continuité des soins s'imbriquent avec d'autres fonctions plus sociales qui font de ce moment une pratique où la place de l'humain joue tout son rôle.

J'ai pu me rendre compte que les infirmières n'étaient pas toujours satisfaites de la qualité des transmissions orales. Pour elles les transmissions orales de qualité se doivent d'être courtes, précises et surtout sans erreur. C'est dans ce sens qu'elles utilisent une méthodologie qui leur est propre et qui leur permet de ne pas oublier d'informations.

C'est pour ce là qu'il me semble important d'approfondir mon étude et de l'élargir à un panel plus grand et diversifié en terme de services de soins. Une étude passant par des questionnaires me permettrait de pouvoir généraliser mes résultats et ainsi d'affirmer ou d'infirmer mon hypothèse.

Avec cette donnée en main je serai à même d'essayer de créer un support de classement des informations, se basant ou pas sur la méthodologie MTVED afin de le tester dans des services de soins dans une démarche d'optimisation des temps de transmissions.

Cet outil s'il s'avérait utile, pourrait permettre d'améliorer la qualité de la continuité des soins qui est l'une des bases du métier d'infirmière.

Table des matières

Remerciements

Sommaire

Table des sigles

1.	Introduction	1
2.	Problématique.....	3
2.1	Présentation de la recherche	3
2.2	Pré-enquête	4
2.3	Problème général de ma recherche	5
2.4	Lectures spécifiques.....	6
2.5	Interrogations personnelles	7
2.6	Question de recherche.....	7
2.7	Hypothèse générale.....	7
3.	Modèle d'analyse.....	8
3.1	Cadre théorique.....	8
3.1.1	Aspect historique de la profession infirmière.....	8
3.1.2	Aspect législatif des transmissions orales.	11
3.1.3	L'objet des transmissions orales.....	13
3.1.4	Le contenu des transmissions orales.....	13
3.1.5	Les fonctions des transmissions orales.....	15
3.1.6	L'organisation temporo-spatiale des transmissions orales	17
3.1.6.1	Les différents temps de transmissions.....	17
3.1.6.2	L'organisation de la relève.....	18
3.1.6.3	La place des aides-soignantes lors des transmissions orales.....	19
3.1.6.4	Les difficultés rencontrées lors des transmissions	19
3.2	Cadre conceptuel.....	21
3.2.1	Le concept de communication.....	21
3.2.2	Concept de transmissions orales.....	23

3.2.3	Concept de qualité des soins.....	24
3.2.4	Concept de macrocible MTVED.....	26
3.3	Cadre analytique	27
4.	Méthodologie de la recherche.....	28
4.1	Justification du choix de l’outil.....	28
4.2	Construction de l’outil	29
4.3	Choix de la population et lieu d’investigation	30
4.4	Déroulement du test de l’outil.....	31
5.	Analyse, interprétation et discussion des données	33
5.1	Analyse des données	33
5.1.1	Méthode d’analyse des données	33
5.1.2	Résultats	34
5.2	Discussion des résultats	43
5.3	Interprétation.....	48
5.3.1	Critique des résultats	48
5.3.2	Portée des résultats	49
5.3.3	Prospectives.....	49
6.	Conclusion.....	51

Bibliographie-Webographie

Annexes

Abstracts

Bibliographie-Webographie

Documents référencés dans l'écrit :

Textes officiels :

Loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information et relative à la signature électronique. NOR: JUSX9900020L. Version consolidée au 05 novembre 2017, [en ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005629200#LEGIARTI000006284628> (consulté le 10 septembre 2017).

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Annexe II. NOR: SASH0918262A. Version consolidée au 02 septembre 2017, [en ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044> (consulté le 10 septembre 2017).

Code de la santé publique. Quatrième partie : Professions de santé. Livre III : Auxiliaires médicaux. Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière. Chapitre Ier : exercice de la profession. Section 1 : Actes professionnels. Article R4311-1. [en ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913888> (consulté le 15 septembre 2017).

Code de la santé publique. Quatrième partie : Professions de santé. Livre III : Auxiliaires médicaux. Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière. Chapitre Ier : exercice de la profession. Section 1 : Actes professionnels. Article R4311-2. [en ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913889> (consulté le 15 septembre 2017).

Code de la santé publique. Quatrième partie : Professions de santé. Livre III : Auxiliaires médicaux. Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière. Chapitre Ier : exercice de la profession. Section 1 : Actes professionnels. Article R4311-3. [en ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913890> (consulté le 10 septembre 2017).

Code de la santé publique. Quatrième partie : Professions de santé. Livre III : Auxiliaires médicaux. Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière. Chapitre II : Règles professionnelles. Section 1 : Dispositions communes à tous les modes d'exercice. Sous-section 1 : Devoirs généraux. Article R4312-4. [en ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913908&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090719&oldAction=rechCodeArticle> (consulté le 15 septembre 2017).

Arrêté du 22 juillet 1994 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant et au certificat d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture. NOR: SPSP9401964A. [en ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549304> (consulté le 15 septembre 2017).

Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics. NOR: SPSH8910005C, [en ligne]
http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/990/Cir_6-1-89.pdf (consulté le 15 septembre 2017).

Décret n°81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier. Article 3 NOR: MESP0220026D. Version abrogée au 16 février 2002. [en ligne]
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006063534&dateTexte=20020215> (consulté le 15 septembre 2017).

Loi du 8 avril 1946 du Code de la Santé Publique, livre IV, titre II, article L 473, [en ligne]
<http://papidoc.chic-cm.fr/544rolepropinfirm.html> (consulté le 25 septembre 2017).

Loi du 8 avril 1946 du Code de la Santé Publique, livre IV, titre II, article L 473. Modifié par [Loi 78-615 1978-05-31 art. 1 JORF 1er juin 1978](#) Abrogé par [Ordonnance 2000-548 2000-06-15 art. 4 I JORF 22 juin 2000](#). [en ligne]
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=DD977516F4D39922CB046D4570D6619E.tplgfr33s_3?idArticle=LEGIARTI000006693243&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20000621 (consulté le 17 septembre 2017).

Ouvrage :

DUBOIS FRENEY, Catherine, PERRIN, Georgette. *Le métier d'infirmière en France : Du métier d'infirmière à l'exercice professionnel des soins infirmiers*. 6^{ème} éd. Paris : Presses Universitaires de France, 2009. 127 p. (Que sais-je ? ; 3052)

GROSJEAN, Michèle, LACOSTE, Michèle. *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*. Paris : Presses Universitaires de France, 1999, 240 p.

LAURENS, Chantal. *Les Interactions soignantes à l'hôpital : la relève interéquipe, moment clé de communication : valoriser la dimension interculturelle pour favoriser l'intelligence collective*. Paris : Éditions Seli Arslan, 2016, 172 p.

MUCCHIELLI, Alex, CORBALAN, Jean-Antoine, FERRANDEZ, Valérie. *Théorie des processus de la communication*. Paris : A. Colin. 1998. 177 p.

Parties d'ouvrages :

DANCAUSSE, Florence, CHAUMAT, Elisabeth. *Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins*. Paris : ELSEVIER MASSON, 2008. p.223-224.

GARNIER, Marcel, DELAMARE, Valery. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 32^{ème} éd. Paris : Maloine, 2017. p.868.

HESBEEN, Walter. *La qualité du soin infirmier : De la réflexion éthique à une pratique de qualité*. 3^{ème} éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2017. p. 53-86.

MAGNON, René. *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers : Le bilan d'un siècle*. Paris : Masson, 2001. p. 25-80.

Articles de périodiques :

Flachaire de Roustan, Isabelle. Les transmissions orales, un enjeu pour des soins de qualité. In *La revue de l'infirmière*, octobre 2009, n°154, p. 32-34.

Furet, François, Sachs, Wladimir. La croissance de l'alphabétisation en France (XVIIIe-XIXe siècle). In *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 1974. Vol 29, n°3, p. 714-737.

Guégan, Olivier. Réflexions sur les transmissions. In *L'aide-soignante*, mai 2002, n°37, p. 24-25.

Imbert, Geneviève. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie, In *Recherche en soins infirmiers*, 2010, vol. 102, no. 3, p. 23-34.

Le Bars, Monique. Les transmissions dans une recherche de démarche qualité. In *Objectifs soins*, mars 1998, n°62, p. 11-16.

Sites internet (complets) :

CENTRE NATIONAL DES RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES [en ligne] <http://www.cnrtl.fr/> (consulté le 11 septembre 2017).

Documents en ligne :

INFIRMIERS.COM. *Historique de la profession*, [en ligne] https://www.infirmiers.com/pdf/historique_profession.pdf (consulté le 10 septembre 2017).

L'EXPANSION/L'EXPRESS. *Actualité économique : trou de la sécu le gouvernement prévoit une forte réduction du déficit en 2018*. [en ligne] https://lexpansion.lexpress.fr/actualite-economique/trou-de-la-secu-le-gouvernement-prevoit-une-forte-reduction-du-deficit-en-2018_1947677.html (consulté le 12 octobre 2017).

SYNDICAT NATIONAL DES PROFESSIONNELS INFIRMIERS (SNPI-CFE-CGC). *Indispensables transmissions infirmières*, [en ligne] <http://www.syndicat-infirmier.com/Transmissions-infirmieres.html> (consulté le 01 mai 2017).

WHORLD HEALTH ORGANIZATION. *Patient safety*, [en ligne] <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/cours-module4.pdf?ua=1> (consulté le 19 novembre 2017).

SANTEPUBLIQUE.EU. *Qualité des soins*. [en ligne] <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/> (consulté le 28 octobre 2017).

Annexe I

Guide d'entretien dans le cadre de mon travail de fin d'études

1. Thème de mon travail de fin d'étude

Les infirmières utilisent-elles une méthodologie leur permettant de réaliser des transmissions orales de qualité lors de la relève interéquipes ?

2. Objectifs des entretiens

- Appréhender les différentes fonctions et rôles de transmissions orales dans l'exercice soignant de l'IDE et déterminer ses attentes en termes de contenu.
- Déterminer si les IDE se basent sur une méthodologie leur permettant de sélectionner les informations qu'elles vont délivrer lors des transmissions orales.
- Déterminer ce qu'est une transmission orale de qualité pour l'IDE. - Amener l'IDE à réfléchir sur la pertinence de l'utilisation de la méthodologie "macrocible MTVED" (Maladie, Traitements, Vécu, Environnement et Développement) en tant que support d'élaboration des transmissions orales.
- Comprendre quelles sont les difficultés que rencontrent les IDE au quotidien lors de la réalisation des transmissions orales.

Trame des questions

- Depuis combien de temps exercez-vous la profession d'infirmier(ère) ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?
- Lors de votre cursus (scolaire et professionnel) avez-vous été formé(e) à la réalisation des transmissions orales.
 - Si « oui » : de quelle manière ?
 - Si « non » : pensez-vous que cela aurait été un « plus » ?

- Selon vous qu'est-ce que les transmissions orales apportent de plus que les transmissions écrites ?
- Il existe trois temps de transmissions entre les équipes, sont-ils tous organisés de la même manière dans votre service et comment se déroulent-ils?
- Pourriez-vous me donner trois ou quatre mots qui illustrent pour vous la notion de qualité d'une transmission orale ?
- Utilisez-vous une méthode pour classer les informations que vous donnez lorsque vous réalisez les transmissions orales pour vos collègues ?
- Connaissez-vous la méthodologie dite MTVED utilisée pour la rédaction des macrocibles ?
- Qu'en pensez-vous en tant que support de classement pour les transmissions orales ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien lors des transmissions orales (lorsque vous les réalisez et lorsque vous les recevez de la part de vos collègues) ?
- Auriez-vous des idées pour pallier à ces difficultés ?

Annexe II



Direction des Soins

DEMANDE D'AUTORISATION POUR REALISER UNE ENQUETE DANS LES UNITES DE SOINS DU CHU DE NANCY DANS LE CADRE DU TFE

DATE D'ENVOI:	31/07/17	REPONSE SOUHAITEE POUR LE:	07/08/2017
DEMANDEUR :			
NOM Prénom :	GANDY David	INSTITUT ECOLE	IFSI BRABOIS
Téléphone :	06 14 12 30 90	MAIL :	david_gandy @ hotmail.com
TYPE D'ENQUETE :			
Entretiens <input type="checkbox"/>		Questionnaires <input type="checkbox"/>	
THEME DU TFE :			
Les infirmières utilisent elles une méthodologie particulière leur permettant de réaliser des transmissions orales de qualité lors de la relève interéquipe?			
OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN OU DU QUESTIONNAIRE : (NB : toute demande non accompagnée de la trame de l'entretien ou du questionnaire sera refusée) :			
- Appréhender les différentes fonctions et rôles de transmissions orales dans l'exercice soignant de l'IDE et déterminer ses attentes en termes de contenu. - Déterminer si les IDE se basent sur une méthodologie leur permettant de sélectionner les informations qu'elles vont délivrer lors des transmissions orales. - Déterminer ce qu'est une transmission orale de qualité pour l'IDE. - Amener l'IDE à réfléchir sur la pertinence de l'utilisation de la méthodologie "macrocible MTVED" (Maladie, Traitements, Vécu, Environnement et Développement) en tant que support d'élaboration des transmissions orales. - Comprendre quelles sont les difficultés que rencontrent les IDE au quotidien lors de la réalisation des transmissions orales			
NOMBRE D'ENQUETES :	6 à 8	CATEGORIE PROFESSIONNELLE :	Infirmières Diplômées d'Etat
UNITES DE SOINS CIBLEES (trois choix par ordre de préférence : une seule unité sera retenue) :			
service / secteur :	Louis Mathieu Cardiologie secteur 4		
service / secteur :	Louis Mathieu Cardiologie secteur 3		
service / secteur :	Louis mathieu Cardiologie secteur 1		
VALIDATION PAR :			
(Mr/ Mme)	Vermorel Elisabeth	Directeur de mémoire	
TELEPHONE :	06 83 25 83 00	MAIL :	Elisabeth.VERMOREL @ cpn-laxou.com

Les demandes sont à adresser :

- de préférence par mail :
- ou par courrier :

enquetes.memoires@chu-nancy.fr

Secrétariat du recrutement de la Direction des Soins du CHU de Nancy
Hôpital Central. Bâtiment Bruillâtre. Porte CH4
29 Avenue du Maréchal Delattre de Tassigny
54000 Nancy

Annexe III

Réponse à ma demande d'entretien auprès du CHRU



Centre Hospitalier Régional de Nancy
Direction des Soins

Cadre Supérieur de Santé
Mme Nadine POLEGATO
03.83.85.26.48

M. GANDY David

Secrétariat Direction des soins
33(0)3.83.85.99.03
FAX : 03.83.85.99.01

Nancy, 10 août 2017


Enquetes.memoires@chu-nancy.fr

Objet : Votre demande de réalisation d'enquêtes dans le cadre de votre travail de fin d'année

Madame, Monsieur,

J'ai bien reçu votre demande de réalisation d'enquêtes dans le cadre de votre travail de fin d'année.

Je vous informe que nous sommes, en accord avec les Cadres de santé concernés, favorables à votre demande et vous remercions de bien vouloir vous rapprocher de l'encadrement des équipes, à savoir Mme DUCRET Agnès, CS en Maladies Infectieuses et Tropicales B (bâtiment Philippe Canton).

a.ducret@chru-nancy.fr  03-83-15-41-10

Je tiens à vous informer que les entretiens téléphoniques avec les personnels ne sont pas autorisés dans notre procédure et que la reproduction d'éventuels documents est à votre charge.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de mes salutations distinguées.

POLEGATO Nadine

Annexe IV

Retranscription entretien numéro 1

- Depuis combien de temps exercez-vous la profession d'infirmier(ère) ?

- Depuis deux ans.

- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

- Cela fait un an que je suis dans le service.

- Avant d'être dans ce service vous exerciez où ?

- En salle de réveil à la maternité.

- Lors de votre cursus scolaire et professionnel avez-vous été formée à la réalisation des transmissions orales ?

- Non rien du tout parce que c'est interdit.

- Quand vous dites que c'est interdit, qu'est-ce que vous entendez par là ?

- Que d'après la loi tout doit être tracé par écrit, à l'oral ça n'a pas de valeur.

- Est ce vous pensez que ça aurait été un plus pour vous, d'avoir une formation sur les transmissions orales ?

- Oui mais je pense que ça s'apprend assez bien directement dans les services. Après il faut vraiment que les étudiants soient formés pendant leur scolarité et pas en arrivant dans le secteur en étant infirmiers. Il y aurait moins de risques d'erreur. Nous on a des motifs d'hospitalisation qui changent tout le temps ils trouvent toujours des nouveaux trucs et il y a souvent plein de choses qui passent à l'as à l'oral, plein de diagnostics ...

- Selon vous qu'est-ce que les transmissions orales apportent de plus que les transmissions écrites ?

- Oui mais plus sur le confort du patient ses habitudes de vie.

- Je vais aborder les différents temps de transmissions; il existe trois temps de transmissions entre les équipes, sont-ils tous organisés de la même manière dans votre service et comment se déroulent-ils?

- *Il n'y a pas de différence, on prend autant de temps pour toutes les transmissions, c'est pareil pour tous, il n'y a pas d'organisation spéciale.*

- **Je vais maintenant aborder la qualité des soins : Pourriez-vous me donner trois ou quatre mots qui illustrent pour vous la notion de qualité d'une transmission orale ?**

- *Claire, simple, concise.*

- **Utilisez-vous une méthode pour classer les informations que vous donnez lorsque vous réalisez les transmissions orales pour vos collègues ?**

- *Motif d'hospitalisation, antécédents, équipements, régime et hémocultures. C'est ce qui nous intéresse beaucoup en maladie infectieuses*

- **Qu'est-ce que c'est exactement le point « hémocultures » ?**

- *Oui quand ils arrivent ici ils ont trois trains d'hémocultures à réaliser s'ils chauffent, s'il y a une hyperthermie. Après lorsque patient a chauffé une fois y a pas de train d'hémoculture sauf si c'est un protocole endocardite on les fait un par un et après on repart sur des hémoc' après chaque cycles d'antibiotiques. Après 48 h d'antibio le patient ne doit plus avoir d'hyperthermie.*

- **C'est donc un point très important dans votre service...**

- *Tout à fait, en infectio c'est primordial.*

- **Connaissez-vous la méthodologie dite MTVED utilisée pour la rédaction des macrocibles ?**

- *Oui je connais j'ai vu ça à l'école.*

- **Qu'en pensez-vous en tant que support de classement pour les transmissions orales ?**

- *Non ça va pas pour organiser les trans orales. Non, pour « traitement » à part répéter tous les traitements per os ça sert à rien, ça fait beaucoup de redite. « Environnement » à la limite on l'écrit dans DxCare®, on n'est pas obligé de dire si la personne est mariée ou pas on s'en fiche un peu pour la prise en charge médicale. Non, c'est pas hyper utile.*

- **Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien lors des transmissions orales (lorsque vous les réalisez et lorsque vous les recevez de la part de vos collègues) ?**

- *Le temps. Parce qu'au final on déborde toujours. Tout le monde parle un peu de la journée, ça fait des mauvais temps de trans. En fait c'est plutôt en rapport avec le déroulement global de la journée pas spécialement avec un patient en particulier. Le risque d'oubli dans les transmissions orales... Oublier les modifications de traitement, le motif d'entrée etc. Et le risque d'erreur.*

- Le risque d'erreurs ?

- *Erreur d'inattention et le fait qu'on est en fin de poste on est un peu fatigués quand même.*

- Auriez-vous des idées pour pallier à ces difficultés ?

- *Il vaudrait mieux avoir une trame parce que par ex les choses les plus souvent oubliées c'est les modifications de traitement par exemple pour les injections d'héparine on fait des TCA a chaque modification et si c'est oublié on est un peu perdu, on se demande « est ce qu'il a eu un TCA après la modification d'héparines ». Une trame ce serait bien pour les transmissions écrites.*

- Les transmissions écrites ?

- *Pardon les transmissions orales, mais les transmissions orales on les écrit quand même un peu. Soit une trame, soit le faire avec un ordinateur à côté avec DxCare® et Pharma®.*

- Pour vous une trame est intéressante pour les transmissions orales mais avec une autre méthodologie que celle du MTVED?

- *Non c'est bon pour l'école. Là on a vraiment mis à jour notre planification parce qu'on s'en servait plus énormément. La planification murale aussi ça permet d'avoir une vue d'ensemble et de se rappeler des points essentiels.*

- Je vous remercie beaucoup pour vos réponses.

Retranscription entretien numéro 2

- Depuis combien de temps exercez-vous la profession d'infirmier(ère) ?

- Trois ans.

- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

- Trois ans.

- Avant vous exerciez déjà dans le milieu paramédical ?

- J'ai travaillé dix ans comme auxiliaire de puériculture à l'hôpital d'enfant.

- Donc vous avez découvert les transmissions orales dans ce cadre-là ?

- Tout à fait.

- Lors de votre cursus scolaire et professionnel avez-vous été formée à la réalisation des transmissions orales ?

- Non, jamais. (Rires). Je ne voudrais pas dire une connerie après peut être que... non comme ça non.

- Est ce vous pensez que ça aurait été un plus pour vous ?

- Tout à fait, parce qu'une des pires choses lorsque on commence à travailler c'est d'être seule face aux transmissions orales. Les premières transmissions orale c'est terrible parce qu'on se dit « qu'est qu'on va oublier ne pas dire » pour moi c'est une des pires choses c'est beaucoup de stress les premières trans. T'es seul face à tout le monde qui t'écoute déjà parler et en plus tu as la responsabilité de transmettre ou d'oublier de transmettre des choses à tes collègues donc c'est deux choses pas évidentes à gérer. Et souvent durant tes études c'est l'infirmière qui fait, voilà.

- Selon vous qu'est-ce que les transmissions orales apportent de plus que les transmissions écrites ?

- Déjà plus tout court. Les transmissions orales, il y a des choses que tu peux faire tout de suite. Ecrites tu n'as pas forcément le temps, tu vas reporter ça à plus tard et tu vas oublier

ou pas le faire du tout. L'oral c'est plus simple la personne est plus accessible tu peux aussi transmettre à plusieurs personnes : aide soignantes, euh... Il n'y a pas de trans écrites avec les médecins il n'y a que des trans orales donc ça te permet d'avoir un panel de gens plus important pour les trans. Après, écrites, tu as tendance à employer des termes professionnels tu ne mets pas forcément les bons mots sur les bonnes choses, à l'oral tu utilises un vocabulaire plus courant et ça permet de mieux te faire comprendre.

- Là je vais aborder les différents temps de transmissions; il existe trois temps de transmissions entre les équipes, sont-ils tous organisés de la même manière dans votre service et comment se déroulent-ils?

- Oui : matin, 13 heures et soir... Mais c'est pareil on fait patient par patient.

- Est ce qu'il y en avait un qui est plus important que les autres?

- Oui ça arrive, ça dépend ce n'est pas la même durée.

- C'est-à-dire ?

- C'est institutionnel ça, le matin il y a que 20 mn de trans, à 13 heures plutôt 30 mn, c'est vraiment institutionnel, on se dit les mêmes choses malgré le temps qui change.

- Je vais maintenant aborder la qualité des soins : Pourriez-vous me donner trois ou quatre mots qui illustrent pour vous la notion de qualité d'une transmission orale ?

Les bons mots, bons moment, bon patient, précision du vocabulaire, et la connaissance du patient c'est vraiment important. Le plus important l'essentiel, c'est cibler les choses importantes.

- Utilisez-vous une méthode pour classer les informations que vous donnez lorsque vous réalisez les transmissions orales pour vos collègues ?

- Oui moi je visualise dans ma tête le patient : « Est ce qu'il a une perf' ?, Est-ce qu'il y a un isolement ? Est ce qu'il est au lit ? » Je le vois dans ma tête le patient et je le décris comme je le vois dans ma tête.

- Connaissez-vous la méthodologie dite MTVED utilisée pour la rédaction des macrocibles ?

- Oui maladie, traitement, environnement, vécu, devenir.

- Qu'en pensez-vous en tant que support de classement pour les transmissions orales ?

- Oui tout à fait on le fait pas, mais oui. (Rires).

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien lors des transmissions orales (lorsque vous les réalisez et lorsque vous les recevez de la part de vos collègues) ?

- Quand on est dérangé quand le téléphone sonne quand t'es interrompu ou quand tu as une collègue pas aimable qui fais la gueule en face, soupire ou fait des réflexions, la manière dont la collègue réceptionne les infos.

- Auriez-vous des idées pour pallier à ces difficultés ?

On avait mis sur la porte : « transmission en cours » mais ça marche pas tout le monde s'en fout. Pour chacun son truc est important, la famille qui veut des renseignements, le brancardier qui vient chercher le patient, tout ça dérange, ça fonctionne pas.

- Est ce que vous pensez que les familles des patients se rendent compte de ce qui se passe pendant les temps de transmission ?

- Non pour eux l'équipe est assise et échange, ils ne se rendent pas compte de l'importance de ce qui se passe. Ils ne savent pas que les équipes font des transmissions d'info, quand t'es pas dans le milieu tu sais pas. Pour eux on est assis et on discute. C'est juste une discussion entre collègues et c'est pour ça qu'on est constamment dérangés, chaque personne qui rentre pour lui c'est important. Les patients ne comprennent pas vraiment non plus l'importance des trans pour eux

- Je vous remercie beaucoup pour vos réponses.

Retranscription entretien numéro 3

- Depuis combien de temps exercez-vous la profession d'infirmier(ère) ?

- Depuis juillet 2012.

- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

- Cela fait un mois.

- Avant d'être dans ce service vous exerciez où ?

- J'ai travaillé en réanimation et dans un service de soins continus.

- Lors de votre cursus scolaire et professionnel avez-vous été formée à la réalisation des transmissions orales ?

- Oui à l'école... Je m'en souviens plus... Ecrites, je sais mais orales j'avoue que je me souviens plus. Mais dès que je suis rentrée en service oui. Surtout que j'ai commencé en réa, donc on m'a formé directement au niveau des trans orales.

- De quelle manière avez-vous été formée ?

- J'ai été doublée au début bien sûr, et ils m'ont appris le cheminement des trans orales de façon à ne pas redire les mêmes choses qu'à l'écrit pour ne pas faire de redites complètes, à différencier ce que l'on met à l'écrit ou à l'oral.

- Justement, selon vous qu'est-ce que les transmissions orales apportent de plus que les transmissions écrites ?

- Une connaissance du patient parce qu'à l'écrit on va décrire beaucoup plus ce qu'il a. S'il a une perf' par exemple, il a ça donc on fait si on fait ça... A l'oral on va plus approfondir le comportemental on va savoir de quoi il a besoin, s'il est autonome s'il a des problèmes avec la famille. Je trouve qu'on axe plus sur du comportemental qu'on pourrait pas forcément mettre à l'écrit sinon ça prendrait trois pages. On va plus facilement dire à l'oral au niveau des traitements ce qu'il va y avoir de particulier. A l'écrit on va par exemple écrire antibio, à l'oral on va préciser quel antibio ou quels sont les dosages ce genre de chose.

- Je vais aborder les différents temps de transmissions; il existe trois temps de transmissions entre les équipes, sont-ils tous organisés de la même manière dans votre service et comment se déroulent-ils?

- Dans l'ensemble c'est pareil parce que vu que c'est en 7h30 ça tourne quand même pas mal. On reste pas tout le temps du matin on fait après-midi, matin, ce genre de choses. Moi j'ai pas encore été de nuit ici, mais dans l'ensemble quand on les fait c'est assez succinct parce que y a pas non plus des masses à dire ici. On fait le motif d'entrée, après on axe surtout sur les températures, tensions, infections ça dure pas très longtemps j'ai rarement quitté en retard à cause des transmissions.

- Je vais maintenant aborder la qualité des soins : Pourriez-vous me donner trois ou quatre mots qui illustrent pour vous la notion de qualité d'une transmission orale ?

- Dépendant du professionnel de santé que l'on a en face de soi. C'est différent en fonction des collègues.

- Lorsque vous les recevez ?

- Oui, c'est ça.

- Et lorsque vous les délivrez à vos collègues ?

- Des fois j'ai l'impression que j'en dis trop. Des fois, il faudrait que je fasse plus succinct des fois je m'éloigne un peu du centre.

- Utilisez-vous une méthode pour classer les informations que vous donnez lorsque vous réalisez les transmissions orales pour vos collègues ?

- Moi oui parce que je garde le cheminement de ce que j'ai fait en réa au final. Donc en général je commence par dire s'il est cohérent ou pas, parce qu'il y a beaucoup de personnes âgées ici qui sont très souvent confuses. Parce que le dire d'entrée ça permet de savoir si c'est normal ou lié à un problème lié à une infection. Puis température, s'il reste des hémocultures à faire, si il n'y a eu de sepsis sur mon poste, après ce qui est respiratoire au niveau de l'oxygène .Au niveau de l'élimination urinaire ou fécale ; s'il est sondé, s'il y a des normacol® à faire. Tout ce qui est alimentaire s'ils sont diabétiques, régime particulier ou si on met de l'insuline en IV ou en sous cut'. Tout ce qui est équipement s'il a une perf ou un pic-line, une voie central. Je finis par tout ce qui est famille. Oui tu as vraiment une structuration propre au service... J'ai gardé mon schéma de réa j'arrive à l'adapter un peu

partout. Même à l'extérieur du CHU j'ai réussi à adapter. Après on prend les habitudes de service en écoutant les autres. Moi pour ne rien oublier, j'essaye de faire comme ça.

- Connaissez-vous la méthodologie dite MTVED utilisée pour la rédaction des macrocibles ?

- J'en ai entendu parler mais la refaire à cette heure-ci j'en serai incapable. Oui, j'en ai entendu parler mais je ne la pratique pas.

- Qu'en pensez-vous en tant que support de classement pour les transmissions orales ?

- Moi je trouve que ce n'est pas forcément adapté pour des transmissions orales. Je le verrai plus à la limite sur des écrites que sur des orales.

- Effectivement à la base cette méthodologie est utilisée pour l'écrit...

A l'oral tu vois je m'en fiche de dire il est marié il a trois enfants il vit avec un chien. Dans certains services ça peut être adapté, en orthopédie par exemple, parce que : ascenseur, escalier ou plain-pied ce genre de choses, quand on rentre à la maison qu'on a des béquilles et qu'on peut pas marcher. Mais là pour le service là... Je pense que c'est vraiment spécifique, plus adapté à certains services.

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien lors des transmissions orales (lorsque vous les réalisez et lorsque vous les recevez de la part de vos collègues) ?

- Quand on s'éloigne du sujet des fois on commence, on va cibler des problèmes, et ce qui est agaçant c'est celui d'en face qui raconte une histoire similaire alors que c'est pas le même patient. Du coup ça parasite un peu les transmissions et on sait plus trop où on en est dans ce qu'on raconte, du coup au final ça perturbe. On a plus facile d'oublier les choses qu'on a pas forcément noté à l'écrit et du coup ça passe à l'as.

- Auriez-vous des idées pour pallier à ces difficultés ?

- Je ne sais pas si on pourrait pallier à ce problème tu sais, parce qu'on est quand même dans un monde féminin très pipelette, même les garçons sont parfois pipelette j'en ai connu. Je ne sais pas, C'est dans la nature du métier au final de parler, de partager. Parce que les transmissions orale ça finit comme un partage par rapport aux patients à nos expériences... Les trans orales c'est le partage qui rentre dedans et ça peut partir en sucette dans les discours.

- Qu'est-ce que vous entendez par là ?

On dit des choses qu'on peut pas écrire dans un dossier, on utilise pas des termes professionnels ou parfois ça dévie sur d'autres histoire sur d'autres patients comme je te disais.

- Je vous remercie beaucoup pour vos réponses.

Retranscription entretien numéro 4

- Depuis combien de temps exercez-vous la profession d'infirmier(ère) ?

- Depuis quatre ans.

- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

- Depuis mon diplôme donc quatre ans.

- Lors de votre cursus scolaire et professionnel avez-vous été formée à la réalisation des transmissions orales ?

- Non on m'a montré... enfin quand j'étais étudiante on m'a montré deux ou trois fois pendant les stages seulement, pas en IFSI.

- Est ce vous pensez que ça aurait été un plus pour vous, d'avoir une formation sur les transmissions orales ?

- Oui. Pour ne dire que les choses qui ... enfin essayer de synthétiser parce qu'avant je faisais des temps de trans trop long. Parfois des informations se perdent ou sont fausses. Il faut bien synthétiser bien prioriser les choses à dire oralement vu que tout doit être dans le dossier.

- Selon vous qu'est-ce que les transmissions orales apportent de plus que les transmissions écrites ?

- Pour l'équipe qui arrive, un temps de décompression, une sorte de sas avant de commencer le poste. Plus dans le sens, pour ceux qui arrivent prendre le temps de se poser. Pour moi elles sont plus utiles dans ce sens-là, pas pour les personnes qui finissent le poste.

- Je vais aborder les différents temps de transmissions; il existe trois temps de transmissions entre les équipes, sont-ils tous organisés de la même manière dans votre service et comment se déroulent-ils?

- Les trois sont différents. Le matin il est assez court, le midi c'est beaucoup plus long parce qu'on expose les problèmes, on a des moments où les médecins viennent et participent aux transmissions orales. Le soir, il est souvent différent parce qu'il y a des urgences par rapport aux entrées de l'après-midi. Oui ils sont différents pour moi.

- Je vais maintenant aborder la qualité des soins : Pourriez-vous me donner trois ou quatre mots qui illustrent pour vous la notion de qualité d'une transmission orale ?

- Elle doit être synthétique, vraie, sans erreur et pour le bon patient.

- Utilisez-vous une méthode pour classer les informations que vous donnez lorsque vous réalisez les transmissions orales pour vos collègues ?

- Pas une méthode, mais je suis un modèle. Par exemple je fais une feuille où je note : âge, prénom, motif d'entrée, antécédents importants (c'est à dire si il est diabétique où s'il a un pacemaker), les allergies et après tout ce qui est dispositif médical genre pic-line. Ici on doit dire combien d'hémocultures il reste à prélever et après je dis l'info importante du jour.

- Connaissez-vous la méthodologie dite MTVED utilisée pour la rédaction des macrocibles ?

- Oui

- Qu'en pensez-vous en tant que support de classement pour les transmissions orales ?

- Je l'utilise pas vraiment en oral mais à l'écrit on part que là-dessus. À l'oral il faut rajouter autre chose.

- Que faut-il rajouter à l'oral selon vous ?

- Par exemple un souci du jour avec la famille, une info qu'on n'a pas le droit de donner parce qu'il y a un souci avec la famille, et ce qui n'est pas sur le dossier que tu n'as pas envie d'écrire.

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien lors des transmissions orales (lorsque vous les réalisez et lorsque vous les recevez de la part de vos collègues) ?

- J'ai eu souvent des fausses informations à l'oral, enfin des informations erronées, beaucoup. On se donne des infos pour aider ta collègue qui va te reprendre ce n'est pas pour la descendre ou la mettre encore plus en difficulté. Le souci c'est qu'avec certains collègues c'est ça donc... Pour moi je reste sur quelque chose de négatif pour les trans orales.

- Auriez-vous des idées pour pallier à ces difficultés ?

- *Que le temps soit plus court pour obliger les gens à synthétiser. Et donner les infos que pour commencer ton tour. De toute façons les infos après tu vas les avoir dans les logiciels donc juste pour commencer le poste.*

- **Je vous remercie beaucoup pour vos réponses.**

Retranscription entretien numéro 5

- Depuis combien de temps exercez-vous la profession d'infirmier(ère) ?

- Un an.

- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

- Pareil, un an.

- Lors de votre cursus scolaire et professionnel avez-vous été formée à la réalisation des transmissions orales ?

- Oui dans tous les stages ou je suis passée on apprenait à faire des trans orales.

- Et lors des cours théoriques à l'école ?

- Non je ne crois pas, je n'ai pas souvenir en tous cas.

- Selon vous qu'est-ce que les transmissions orales apportent de plus que les transmissions écrites ?

- Alors je pense que les trans orales n'apportent rien de plus, qu'elles sont négatives dans le sens où tout est dit donc aucune trace donc pas de sécurité. Et vu qu'on va le dire à l'oral on a tendance à ne pas l'écrire dans le dossier papier ou ordinateur. On l'écrira moins. C'est pour ça que nous on s'est déjà retrouvé avec des dossiers patient quasiment vide parce qu'on se disait tout à l'oral et qu'il n'y avait aucune trace. Maintenant chez nous on est obligé de tout tracer par écrit. Bon, c'est pas toujours facile de retranscrire à l'écrit ce qu'on a vu ou ce qu'on a fait. C'est pas facile mais je pense que c'est mieux je pense que l'oral c'est une grosse source d'erreur ; un peu le téléphone arabe « elle m'a dit que » etc... et quand on cherche la source on trouve pas ! Enfin c'est le bordel !

- Je vais aborder les différents temps de transmissions; il existe trois temps de transmissions entre les équipes, sont-ils tous organisés de la même manière dans votre service et comment se déroulent-ils?

- Ça dépend de comment on travaille, par exemple si on fait soir-matin. Le soir on donne que les infos nécessaires à la nuit on va pas leur dire « j'ai pas refait le pansement, je le ferais demain » ça ils s'en foutent quoi, le lendemain c'est moi qui revient donc je sais ce qui me restera à faire. Si on est du matin et que le collègue de l'aprèm connaît pas le secteur ça va être un peu plus poussé que si c'est une qui était là la veille. Ca dépend aussi des gens il y en a qui aiment que tout soit montré, détaillé, connaître vraiment tout le patient alors qu'il y en a qui sont très succincts. Par exemple moi qu'il ait été opéré d'une hernie discale en 90 je m'en bats la cacahuète ! Enfin pour moi c'est comme ça, après ça dépend des gens.

- **Je vais maintenant aborder la qualité des soins : Pourriez-vous me donner trois ou quatre mots qui illustrent pour vous la notion de qualité d'une transmission orale ?**

- Synthétique. Aller à l'essentiel. Seulement les éléments nécessaires à la prise en charge.

- **Utilisez-vous une méthode pour classer les informations que vous donnez lorsque vous réalisez les transmissions orales pour vos collègues ?**

- Oui je commence toujours par Monsieur ou Madame Machin, âge, pourquoi il vient, les antécédents majeurs nécessaires à la prise en charge. Ensuite tous les à côté ; à l'entrée comment il était, s'il était stable ou pas, s'il a chauffé, s'il est valide, autonome, indépendant... Je mets en gros autonomie parce que ma collègue quand elle va arriver elle cherche un point fort, on sait si on peut l'emmener à la douche par exemple pour moi c'est plus clair. Ensuite tout ce qui est matériel est ce qu'il est perfusé, sondé, en isolement, des petites choses comme ça. Je commence comme ça : le patient, le motif, et tous les à côté.

- **Connaissez-vous la méthodologie dite MTVED utilisée pour la rédaction des macrocibles ?**

- Oui, je l'ai vu à l'école.

- **Qu'en pensez-vous en tant que support de classement pour les transmissions orales ?**

- Je suis pas fan je trouve que c'est flou pour moi. Motif oui. Thérapeutique oui. Après vécu à la limite... Environnement non, parce que je sais pas trop où est ce qu'on parle des antécédents pour moi c'est pas précis c'est trop flou.

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien lors des transmissions orales (lorsque vous les réalisez et lorsque vous les recevez de la part de vos collègues) ?

- En fait c'est de notre faute... Je ne dis pas le contraire on a pris trop l'habitude de faire des trans orales et on écrit tout sur papier on a toutes des romans c'est un peu tout et n'importe quoi. Moi je note juste « chambre 39 » et les choses très importantes, par exemple : bilan sanguin à 14h. Normalement tout ce dont j'ai besoin je le trouverai dans le dossier enfin, s'il est bien rempli. Tous les antécédents les médecins les mettent, tous les traitements qu'ils soient perfés ou quoi, si c'est prescrit tout se retrouve sur l'informatique

- Auriez-vous des idées pour pallier à ces difficultés ?

- Ici tous les jours on est obligé de mettre une synthèse écrite, je trouve que c'est bien du coup, mais ça prend du temps. Je trouve que c'est bien quand on est jeune on manipule bien l'informatique on écrit vite pour les collègues plus âgées c'est la galère.

- Je vous remercie beaucoup pour vos réponses.

Annexe V

Dictionnaire des codes

<u>Question résumée</u>	<u>Numéro de la variable</u>	<u>Nom de la variable</u>	<u>Description du codage</u>
Numéro d'entretien	1	Numéro de l'entretien	1 à 5
Q1 : Depuis combien de temps exercez-vous la fonction d'IDE?	2	Années d'exercice.	1 = 2 ans 2 = 3 ans 3 = 5 ans 4 = 4 ans 5 = 1 an
Q2 : Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ?	3	Années au sein du service.	1 = 1 an 2 = 3 ans 3 = 1 mois (0.083 an) 4 = 4 ans 5 = 1 an
Q3 : Lors de votre cursus (scolaire et professionnel) avez-vous été formée à la réalisation des transmissions orales ?	4	Formation aux transmissions orales.	1= Oui 2 = Non

<p>Q4 : Si « Oui » de quelle manière ?</p>	<p>5</p>	<p>Mode de formation aux transmissions orales.</p>	<p>1 = Lors de la période de doublure à l'entrée en service.</p> <p>2 = Lors des stages à l'IFSI.</p>
<p>Q5 : Si « Non » : pensez-vous que cela aurait été un « plus » ?</p>	<p>6</p>	<p>Intérêt d'une formation aux transmissions orales.</p>	<p>1 = Oui</p>
<p>Q6 : Qu'est-ce que les transmissions orales apportent de plus que les transmissions écrites ?</p>	<p>7</p>	<p>Apport des transmissions orales.</p>	<p>1 = Informations sur le confort et habitudes de vie du patient/ Comportement-Famille (2)</p> <p>2 = Une transmission à un plus grand nombre de soignants. (1)</p> <p>3 = Permettent de mieux se faire comprendre en étant plus précis. (2)</p> <p>4 = Cibler les tâches à effectuer en priorité. (2)</p>

			<p>5 = Partage d'expérience entre soignants (1)</p> <p>6 = Temps de mise en route pour l'équipe qui arrive (décompression). (1)</p>
<p>Q7 : Comment se déroulent et sont organisés les trois temps de transmission au sein du service ?</p>	8	Différences entre les temps de transmission.	<p>1 = Aucune différence.</p> <p>2 = Les trois temps sont différents.</p>

<p>Q8 : Pouvez-vous citer quelques mots illustrant la notion de qualité d'une transmission orale ?</p>	<p>9</p>	<p>Caractéristiques d'une transmission orale de qualité.</p>	<p>1 = Concise/Synthétique</p> <p>2 = Informations précises</p> <p>3 = Concernant le bon patient</p> <p>4 = Claire et intelligible</p> <p>5 = Ciblée sur l'essentiel</p> <p>6 = Sans erreur</p>
<p>Q9 : Utilisez-vous une méthode pour classer les informations lorsque vous réalisez les transmissions orales ?</p>	<p>10</p>	<p>Méthodologie utilisée lors de l'exercice.</p>	<p>1 = Oui</p>
<p>Q9' : Utilisation d'une « trame » avec des items ?</p>	<p>11</p>	<p>Méthodologie organisée sous forme d'une trame.</p>	<p>1 = Oui</p> <p>2 = Non</p>

<p>Q9'' : Items cités par les infirmières utilisant une trame.</p>	<p>12</p>	<p>Items cités par les infirmières utilisant une trame.</p>	<p>1= Identité</p> <p>2 = Age</p> <p>3 = Motif d'hospitalisation</p> <p>4 = Antécédents</p> <p>5 = Dispositifs médicaux</p> <p>6 = Régime alimentaire</p> <p>7 = Hémocultures</p> <p>8 = Etat de conscience</p> <p>9 = Température</p> <p>10= Oxygènothérapie</p> <p>11 = Elimination</p> <p>12 = Famille</p>
---	-----------	---	---

			<p>13 = Allergies</p> <p>14 = Niveau d'autonomie</p>
<p>Q10 : Connaissez-vous la méthodologie MTVED utilisée pour la rédaction des macrocibles ?</p>		<p>Connaissance de la méthodologie MTVED.</p>	<p>1 = Oui</p> <p>2 = Non</p>
<p>Q11 : Qu'en pensez-vous en tant que support de classement pour les transmissions orales ?</p>		<p>Pertinence de l'utilisation de la méthodologie MTVED.</p>	<p>1 = Pertinente</p> <p>2 = Adaptée en partie</p> <p>3 = Non adaptée</p>
<p>Q12 : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien lors des transmissions orales ?</p>		<p>Difficultés rencontrées.</p>	<p>1 = Durée trop importante</p> <p>2 = Pas assez ciblées</p> <p>3 = Informations erronées</p> <p>4 = Oubli</p>

			d'informations 5 = Inattention 6 = Interruptions 7 = Comportement des collègues 8 = Bruit ambiant
Q13 : Auriez-vous des idées pour pallier à ces difficultés ?		Propositions d'amélioration de la qualité.	

Annexe VI

Matrice des données

Question	Variable	Modalités	1	2	3	4	5	Total	Pourcentage
Q1	Années d'exercice	/	2	3	5	4	1	/	/
Q2	Années au sein du service	/	1	3	0,083	4	1	/	/
Q3	Oui	1	0	0	1	0	1	2	40%
	Non	2	1	1	0	1	0	3	60%
Q4	Lors de ma période de doublure à l'entrée en service	1	0	0	1	0	0	1	50%
	Lors des stages à l'IFSI	2	0	0	0	0	1	1	50%
Q5	Oui	1	1	1	0	1	0	3	100%
Q6	Informations sur le confort et habitudes de vie du patient/ Comportement-Famille	1	1	0	1	0	0	2	40%
	Une transmission des informations à un plus grand nombre de soignants	2	0	1	0	0	0	1	20%
	Permettent de mieux se faire comprendre	3	0	0	1	0	0	1	20%
	Mieux cibler les tâches à effectuer en priorité	4	0	1	1	0	0	2	40%
	Partage d'expérience entre soignants	5	0	0	1	0	0	1	20%
	Temps de mise en route pour l'équipe qui arrive (décompression)	6	0	0	0	1	0	1	20%
	N'apportent rien de plus	7	0	0	0	0	1	1	20%
Q7	Aucune différence	1	1	1	1	0	0	3	60%
	Les trois temps sont différents	2	0	0	0	1	1	2	40%
Q8	Concise/Synthétique	1	1	0	1	1	1	4	80%
	Informations précises	2	0	1	0	0	0	1	20%
	Concernant le bon patient	3	0	1	0	1	0	2	40%
	Clair et intelligible	4	1	1	0	0	0	2	40%
	Ciblée sur l'essentiel	5	0	1	1	1	1	4	80%
	Sans erreur	6	0	0	0	1	0	1	20%
Q9	Oui	1	1	1	1	1	1	5	100%
Q9' (Utilisation d'une trame)	Oui	1	0	1	1	1	1	4	80%
	Non	0	1	0	0	0	0	1	20%
Q9'' (Items cités pour l'organisation de la trame)	Identité	1	0	/	0	1	1	2	50%
	Age	2	0	/	0	1	1	2	50%
	Motif d'hospitalisation	3	1	/	0	1	1	3	75%
	Antécédents	4	1	/	0	1	1	3	75%
	Dispositifs médicaux	5	1	/	1	1	1	4	100%
	Régime alimentaire	6	1	/	1	0	0	2	50%
	Hémocultures	7	1	/	1	1	0	3	75%
	Etat de conscience	8	0	/	1	0	0	1	25%
	Température	9	0	/	1	0	1	2	50%
	Oxygénothérapie	10	0	/	1	0	0	1	25%
	Elimination	11	0	/	1	0	0	1	25%
	Famille	12	0	/	1	0	0	1	25%
	Allergies	13	0	/	0	1	0	1	25%
	Niveau d'autonomie	14	0	/	0	0	1	1	25%
Q10	Oui	1	1	1	1	1	1	5	100%
Q11	Pertinente	1	0	1	0	0	0	1	20%
	Adaptée en partie	2	1	0	0	0	1	2	40%
	Non adaptée	3	0	0	1	1	0	2	40%
Q12	Durée trop importante	1	1	0	0	0	1	2	40%
	Pas assez ciblées	2	1	0	1	0	1	3	60%
	Informations erronées	3	1	0	0	1	0	2	40%
	Oublis d'informations	4	1	0	1	0	0	2	40%
	Inattention	5	1	0	0	0	0	1	20%
	Interruptions	6	0	1	0	0	0	1	20%
	Comportement des collègues	7	0	1	1	0	0	2	40%
	Bruit ambiant	8	0	1	1	0	0	2	40%

The place of oral transmitting in the continuity of caring

GANDY David

Institut de Formation en Soins Infirmier de Brabois

CHRU NANCY

Grade Licence 3

Promotion 2015/2018

During the different training periods of my course, I was able to participate in important tasks of work organisation between two healthcare teams: the time for transmitting messages orally.

I was surprised that so much information about the patients was shared at this moment, and also that this practice had a great impact on the continuity of caring.

I realized that even if transmitting a message orally is meant to help a nurse in her job, it can also leads to potential mistakes.

I wondered if nurses were using some kind of methodology to organize the information they gave orally.

The methodology known as MTVED (French abbreviation for Illness, Therapeutics, Experience, Environment and Development) is used in order to write the patient's macrotarget overview when they are put into care. I assumed that this methodology, used as a support to classify the information, enabled the nurses to give high-quality oral messages.

I decided to realize a qualitative study, by interviewing nurses in a healthcare unit in order to know their point of view on oral transmissions and to compare my assumption with the reality of the job.

I organized these interviews with 5 nurses in a healthcare unit. Then I wrote the transcripts and made an analysis of the collected data. This made me realize that, although all of the nurses said they knew about this methodology, only one of them answered that it was relevant as a base for oral transmissions.

After further testimonies analysing, I figured out that all the nurses actually use part of this methodology without noticing it. Therefore, I can't firmly confirm my assumptions.

I would have to create a larger survey in order to do so, and maybe create a support tool for oral transmissions based on this macrotarget overview to test it in a healthcare unit.

KEYWORDS: oral transmissions / macrotarget overview / methodology / high-quality caring

La place des transmissions orales dans la continuité des soins

GANDY David

Institut de Formation en Soins Infirmier de Brabois

CHRU NANCY

Grade Licence 3

Promotion 2015/2018

Au cours des différents stages que j'ai été amené à réaliser au cours de ma formation, j'ai pu assister et participer à un moment important de l'organisation du travail entre deux équipes soignantes : le temps des transmissions orales.

J'ai été surpris par la quantité d'informations concernant les patients qui étaient échangées durant ce moment, et à quel point cette pratique avait un impact important sur la continuité des soins.

Je me suis rendu compte que si les transmissions orales avaient pour but d'aider l'infirmière dans l'organisation de son travail, elles pouvaient parfois être source d'erreur.

Je me suis demandé quels moyens utilisaient les infirmières pour réaliser des transmissions orales de qualité permettant une prise en charge efficace des patients.

J'ai ainsi cherché à savoir si les infirmières utilisaient une méthodologie pour organiser les informations qu'elles donnaient à l'oral.

La méthodologie de classement dite MTVED (Maladie, Thérapeutiques, Vécu, Environnement et Développement) est utilisée pour la rédaction écrite des macrocibles de synthèses de prise en charge des patients.

J'ai émis l'hypothèse que l'utilisation de cette méthodologie comme un support de classement des informations permettait aux infirmières de réaliser des transmissions orales de qualité.

J'ai décidé de réaliser une étude de type qualitative, en réalisant des entretiens avec des infirmières d'une unité de soins afin de connaître leur point de vue sur les transmissions orales et confronter mon hypothèse à la réalité travail.

J'ai réalisé ces entretiens auprès de cinq infirmières dans un service de médecine. J'ai ensuite effectué un travail de retranscription et d'analyse de ces données. Je me suis rendu compte que si toutes les infirmières interrogées connaissaient la méthodologie MTVED une seule disait la trouver pertinente en tant que support pour les transmissions orales.

Mais en analysant plus profondément les propos, j'ai pu mettre en lumière le fait qu'elles s'appuient toutes en partie sur cette méthodologie sans s'en rendre compte. Je ne peux donc pas complètement affirmer mon hypothèse. Pour cela il me faudrait réaliser une étude plus large et éventuellement créer un outil de support pour les transmissions orales basé sur cette macrocible afin de le tester dans un service de soins.

MOTS CLES : Transmissions orales, Macro cible MTVED, Méthodologie, Qualité des soins