



Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guillou 35033 Rennes Cedex 9

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Erreur médicamenteuse et relation de confiance

ROBIN Alexine
Formation infirmière
Promotion 2017-2020





Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'infirmier(e)

Travaux de fin d'études : *L'erreur médicamenteuse et relation de confiance*

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier(e) est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 17/04/2020

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
SITUATION D'APPEL	2
CADRE CONCEPTUEL	5
1- Erreur médicamenteuse	5
1.1 Définition et prévention	5
1.1.1 Définition de l'erreur médicamenteuse	5
1.1.2 Les différents types d'erreur	6
1.1.3 Par quels moyens prévenir ces erreurs ?	6
1. 2 Le rôle de l'infirmière	7
1.2.1 L'infirmière, un verrou de sécurité	7
1.2.2 Signalement et analyse	7
1.2.3 Responsabilité	8
1. 3 L'impact de l'erreur médicamenteuse sur le soignant	8
1.3.2 L'infirmière, une seconde victime de l'erreur médicamenteuse	9
1.3.3 L'erreur comme outil d'apprentissage	10
2 - La relation de confiance entre un patient et un soignant	11
2.1 Comment créer une relation de confiance ?	11
2.1.1 Relation et confiance : définitions	11
2.1.2 La construction de la relation de confiance	11
2.2 La communication dans la relation de confiance	12
2.2.1 La communication verbale et l'écoute active	12
2.2.2 La communication non verbale et l'observation	13
2. 3 Les apports bénéfiques de la relation de confiance	14
2.3.1 Alliance thérapeutique	14
2.3.2 Relation de confiance et éthique	15
MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES	16
ANALYSE DES ENTRETIENS	18
1- Définition erreur médicamenteuse	18
1.1 Les facteurs de risque	18
1.2 Les différents types d'erreurs	18
2- L'impact des erreurs médicamenteuses sur le professionnel	19
2.1 L'impact émotionnel et personnel	19
2.2 L'impact professionnel	20
2.3 Modification de la pratique et moyens utilisés	20
3- Impact sur la relation de confiance avec le patient	20
3.1 Changements dans la relation	20

3.2 Une prise en soin plus difficile	21
3.3 Construction de la relation de confiance	22
DISCUSSION	23
1- Facteurs de risque d'erreur médicamenteuse	23
2- Impact des erreurs médicamenteuses sur le professionnel	24
3- Les bénéfices de la relation de confiance	25
CONCLUSION	27
BIBLIOGRAPHIE	28
ANNEXES	31

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier Stéphanie Rouet ainsi que Françoise Esnault, mes responsables de mémoire, pour leur précieux conseils, et leur disponibilité.

Un grand merci à ma référente pédagogique, Patricia Daucé, pour son suivi, son soutien et sa bienveillance.

Merci à l'ensemble des formateurs de l'IFSI pour leur disponibilité, la transmission de leurs savoirs et expériences.

Un grand merci aux infirmières qui m'ont accordé leur temps pour les entretiens. Elles m'ont apporté de nombreuses informations rendant possible l'avancée de mon mémoire.

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels de terrain que j'ai rencontrés lors de mes stages et qui m'ont permis de devenir l'infirmière que je serai demain.

Je remercie également mes amies rencontrées à l'IFSI, Léonie, Louise, et Solen, pour leur soutien, notre entraide, ainsi que tous ces moments partagés dans la bonne humeur.

Enfin, je remercie aussi mon entourage qui m'a toujours soutenue pendant la rédaction de mon mémoire, et qui m'a encouragée pendant mes moments de doutes.

“ Le succès ne consiste pas à ne jamais faire d’erreur mais à ne jamais faire la même erreur deux fois. ”

George Bernard Shaw

INTRODUCTION

Dans le cadre de ma dernière année d'étude, je suis amenée à réaliser un travail de recherche, nommé Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers (MIRSI). Il est vrai que ce travail est à l'image d'un cheminement de la construction du professionnel de santé de demain. C'est une forme de concrétisation de mon évolution au sein de cette formation. En effet, les cours que j'ai pu recevoir durant ces trois dernières années, ainsi que les différents stages que j'ai pu réaliser, m'ont permis d'évoluer en tant que future professionnelle, mais également en tant que personne. Je me suis construite une véritable identité à travers ce processus. Ma réflexion professionnelle s'est déployée, et une recherche constante d'améliorations de mes pratiques s'est installée.

L'idée de ce sujet est survenue suite à certaines situations vécues en stage qui m'ont interpellée et questionnée. L'erreur médicamenteuse est relativement présente dans les services, et parfois, elle se produit sans qu'elle ne soit remarquée. Pourtant, cette thématique semble encore tabou. En effet, on ose peu en parler, bien que des erreurs se produisent quotidiennement (avec des conséquences plus ou moins graves pour le patient). C'est pourquoi il m'a semblé pertinent d'effectuer mon travail de recherche sur le sujet de l'erreur médicamenteuse et l'impact de celle-ci sur la relation de confiance. L'étude de ce thème va me permettre d'acquérir des connaissances, des compétences en tant que future professionnelle, ainsi que d'enrichir ma pratique professionnelle. L'objectif est de réussir à mettre en place des moyens pour nous aider, les soignants, à continuer notre métier suite à une erreur médicamenteuse, mais aussi de comprendre notre erreur afin de pouvoir l'analyser, et ensuite de travailler dessus pour devenir un meilleur professionnel.

Afin de vous guider dans ma réflexion, j'ai établi ma situation d'appel, avec les questions qui ont nourri ma réflexion.

SITUATION D'APPEL

Ma situation d'appel se déroule lors de mon stage du troisième semestre de deuxième année à la polyclinique saint Laurent de Rennes, dans le service de pneumologie. Au sein de ce service, il y a des LISP (Lit identifié soins palliatifs) et des USP (unité soins palliatifs). Treize lits sont disponibles dans le service, pour deux IDE (Infirmiers Diplômés d'Etat). L'unité comporte une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, IDE, AS (Aide Soignant), cadres de santé, kinésithérapeutes, ainsi que des équipes mobiles (gériatrie, addictologie). La situation évoquée ci-dessous relate une erreur que j'ai commise lors de l'administration d'un traitement : administration d'un corticoïde (IVD dans une seringue de 10cc) à la place de la Tazocilline (antibiotique que l'on dilue dans une poche de 100 cc de NaCl 0,9%).

Mon erreur médicamenteuse a eu lieu un mardi en fin d'après-midi, j'étais alors avec une infirmière de pneumologie. La veille, ma patiente avait eu une fibroscopie bronchique. La fibroscopie bronchique est un examen qui consiste à introduire un tube (le fibroscope) par les voies aériennes, il permet de descendre jusque dans les bronches en passant par la trachée, afin de visualiser, de faire un prélèvement ou d'y effectuer un traitement. Suite à cet examen, elle a désaturé de plus en plus au fil de la journée et s'est retrouvée dans un état de confusion et de panique induit par sa détresse respiratoire. Elle est descendue à 71% sous 3L d'O₂. Le médecin a été prévenu et n'a pas donné d'indications par téléphone. Avec l'infirmière, tout au long de l'après-midi, nous avons fait davantage de passages dans la chambre de la patiente pour contrôler sa saturation et constater son état, afin de pouvoir agir en conséquence selon les indications du médecin.

Avant d'effectuer notre dernier tour et les transmissions, je me trouvais dans la salle des soins pour préparer les injections de mes quatre patients. J'étais en train de préparer un corticoïde dans une seringue de 10cc de NaCl, lorsque l'IDE est venue me chercher pour aller voir d'urgence ma patiente qui avait désaturé toute la journée.

Suite à l'intervention de l'IDE, j'ai emporté le corticoïde que je venais de préparer, et suis allée dans la chambre de ma patiente avec l'infirmière. J'ai pris sa saturation et lui ai

administré le corticoïde. L'IDE m'a ensuite demandé si elle n'avait pas également de la tazocilline à prendre à cette heure-là. Je me suis alors aperçu que le corticoïde n'était pas pour elle, mais pour un autre patient. J'ai tout de suite dit à l'infirmière, devant la patiente, que je n'avais pas injecté le bon médicament. La patiente a donc entendu, mais je n'ai pas eu l'impression qu'elle ait compris mon erreur. La cadre et le médecin ont eux aussi été prévenus rapidement. Heureusement, il n'y a eu aucune conséquence négative sur la patiente. Cela a même peut-être amélioré son état, puisque sa saturation est remontée.

Dans cette situation, je n'ai pas respecté les règles d'identitovigilance (la règle des 5B : bon médicament, bon patient, bon moment, bonne dose, bonne voie). J'avais pourtant bien rempli mes étiquettes sur mes injections, avec l'identité du patient, le médicament, la dose, la dilution, mais je ne les ai pas bien regardées. Je n'ai pas non plus regardé la prescription médicale afin de faire une dernière vérification avant d'aller dans la chambre. J'ai été paniquée lorsque l'infirmière m'a dit de me dépêcher car ma patiente n'allait pas bien. Je me suis précipitée dans sa chambre sans m'interroger sur le médicament à administrer. Quand je me suis rendu compte de mon erreur, j'en ai directement fait part à mes collègues.

Sur le moment, je n'ai pas montré mes émotions devant l'infirmière, je me suis seulement excusée d'avoir fait cette erreur. Elle m'a expliqué ce qui allait se passer suite à cet événement. J'ai dû remplir une feuille d'événement indésirable avec la cadre, en détaillant toute la situation. Cela m'a aidé à comprendre le cheminement de mon erreur.

Les semaines suivantes ont été très difficiles pour moi, je me suis sentie complètement dépassée par les événements et j'avais honte. Je me suis alors posé des questions sur ma place en tant qu'infirmière, si j'étais capable d'exercer ce métier ou non. Mon erreur n'a certes pas eu de conséquences négatives sur la patiente, au contraire, mais cela aurait pu s'avérer très grave. J'ai perdu confiance en moi et en ce que je faisais, et je me suis remise en question professionnellement. Cette situation m'a beaucoup perturbée, j'ai donc cherché des solutions pour que cela ne se reproduise plus, comme par exemple contrôler à plusieurs reprises le plan de soin. Toutefois, à cause de cette perte de confiance en moi, j'avais tendance à recommencer toutes mes préparations d'injections car je n'étais plus sûre d'avoir la bonne dose ou le bon traitement. Venir en stage tous les jours était devenu un effort.

Nous avons eu l'occasion de reparler de cet événement une semaine plus tard, lorsque nous avons fait mon bilan de milieu de stage. A cette occasion, j'ai exprimé mes ressentis sur l'incident, mais seulement en partie : j'avais tellement honte que je ne trouvais pas les mots pour en parler. Cela m'a quand même soulagée. Aujourd'hui, je reste toujours très marquée par l'erreur que j'ai commise. Celle-ci me rappelle d'être vigilante à chaque instant car les conséquences peuvent s'avérer grave.

Lorsque l'erreur a été commise, la patiente était désorientée, elle se trouvait dans un état de confusion. Je n'ai pas eu l'impression qu'elle ait compris ce qui lui était arrivé. Les jours suivants, elle n'a pas posé de questions non plus. Suite à cette situation, je me suis tout de même interrogée sur l'influence d'une erreur médicamenteuse sur la relation de confiance entre le soignant et le soigné. Je me suis aussi posé les questions suivantes : comment revenir travailler suite à une erreur médicamenteuse et prendre en soin ce même patient ? Quelles actions mettre en place pour prévenir des erreurs afin de devenir un meilleur professionnel ?

Ainsi, nous pouvons nous demander **en quoi l'erreur médicamenteuse dans les soins impacte-t-elle la relation de confiance entre un infirmier et un patient en soins généraux ?**

D'abord, je détaillerai mon cadre conceptuel appuyé par mes diverses recherches. Ensuite, je présenterai la méthode choisie pour réaliser mes entretiens, ainsi que l'analyse de mon enquête. Enfin, je terminerai par la discussion, avec un croisement entre mes recherches, les entretiens et mon questionnement.

CADRE CONCEPTUEL

A partir de ma question de départ, j'ai identifié plusieurs notions et concepts essentiels à approfondir, tels que l'erreur médicamenteuse et la relation de confiance entre un patient et un soignant. Ainsi, dans une première partie, nous aborderons l'erreur médicamenteuse. Puis, dans une seconde partie, nous étudierons la relation de confiance entre un infirmier et un patient.

1- Erreur médicamenteuse

1.1 Définition et prévention

1.1.1 Définition de l'erreur médicamenteuse

Avant de définir l'erreur médicamenteuse, commençons par apporter la définition du terme "erreur" par le petit Larousse (2009) : "fait de se tromper, faute commise en se trompant". Selon l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) l'erreur médicamenteuse est définie comme étant « l'omission ou la réalisation d'un acte non intentionnel impliquant un médicament durant le processus de soins. Elle peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. » (Devers, G., 2014).

La société Française de pharmacie Clinique (2006) précise cette définition en complétant que l'erreur peut se produire à n'importe quelle étape du circuit médicamenteux, de la prescription à l'administration, à la traçabilité. Il existe trois types d'erreurs. Le premier type d'erreur est l'erreur médicamenteuse dite avérée, lorsque le produit est administré au mauvais patient, par une mauvaise voie ou que la dose est incorrecte. Le second type d'erreur médicamenteuse est l'erreur potentielle, lorsque celle-ci est interceptée avant l'administration. Enfin, le troisième type d'erreur médicamenteuse est l'erreur latente, c'est-à-dire qu'elle présente un risque. Tant que le médicament n'a pas été administré, l'infirmier peut toujours déceler l'erreur médicamenteuse. Par ailleurs, celle-ci peut être de diverses origines.

1.1.2 Les différents types d'erreur

Selon Te Bonle et al., (2015), il existe différentes sources d'erreurs, telles qu'une prescription médicale difficilement lisible, une prescription orale, une erreur de stockage, des médicaments dont les noms se ressemblent, ou encore la couleur du blister.

Afin de limiter les erreurs médicamenteuses, les soignants sont davantage sensibilisés, notamment grâce à une aide mnémotechnique appelée la règle des 5B : le Bon médicament, au Bon patient, au Bon moment, à la Bonne dose, à la Bonne voie.

1.1.3 Par quels moyens prévenir ces erreurs ?

Selon la Loi du 4 Mars 2002 relative aux Droits des malades et à la qualité du système de santé, la prévention a pour objectif "d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement des maladies ou accidents, et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie". Les processus tels que la déclaration des événements indésirables ou encore la méthode Revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés, une méthode d'amélioration de la qualité des soins (REMEDI) vise à améliorer le circuit médicamenteux aux différentes étapes : prescription, délivrance, préparation, administration, et suivi thérapeutique, en s'appuyant sur la règle des 5B.

D'après Devers (2014), la sécurité est un processus qui comporte trois étapes : l'identification des besoins, l'analyse des risques, et la définition de la politique de sécurité. L'analyse d'une erreur permet de qualifier sa nature, son type, sa gravité et ses conséquences. L'erreur peut provenir de différentes sources : facteurs humains, environnementaux, et pratiques professionnelles.

1. 2 Le rôle de l'infirmière

1.2.1 L'infirmière, un verrou de sécurité

Selon Karim-Letournel et al., (2019) l'infirmier est présenté comme un verrou de sécurité. En effet, tant que le médicament n'a pas été administré l'infirmier peut toujours déceler l'erreur médicamenteuse. De plus, une étude (2009) nationale menée par l'Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables liés aux Soins (ENEIS) sur les Événements Indésirables Graves (EIG), fait apparaître qu'une infirmière est interrompue sept fois par heure en moyenne. Selon cette étude, l'interruption de tâche augmente de 13% le risque d'erreur médicamenteuse, elle représente donc un facteur de risque majeur. La Haute Autorité en Santé (HAS), expose que l'erreur médicamenteuse représente 32,9% EIG en 2015 et 57% de ces cas sont dus à une erreur d'administration. L'HAS a démontré qu'une grande partie de ces erreurs découle d'une interruption de tâche.

1.2.2 Signalement et analyse

Karim-Letournel et al., (2019) retrace les moyens par lesquels nous sommes parvenus à une meilleure prévention des erreurs médicamenteuses. Grâce à une analyse de *turn over*¹ des équipes et de la traçabilité du circuit médicamenteux, ainsi que de nombreux témoignages de soignants, des actions ont été mises en place, comme par exemple l'informatisation du circuit médicamenteux avec des commentaires de pharmaciens accessibles, ou encore une charte de non-punition pour encourager les déclarations.

La méthode REMED a été mise place dans le but d'analyser les erreurs médicamenteuses et de faire remonter les difficultés rencontrées. Cette méthode s'intègre dans la gestion des risques afin de prévenir ces erreurs et d'améliorer la pratique soignante quotidiennement. Te Bonle et al. (2015) souligne que : “ Le personnel infirmier est un maillon essentiel de la sécurisation du circuit du médicament en milieu hospitalier “. En effet, l'infirmier est le dernier maillon de la chaine du circuit médicamenteux.

¹ Turn over désigne dans une entreprise le renouvellement des effectifs, suite à des recrutements et des départs du personnel.

1.2.3 Responsabilité

A travers la lecture de ces différents articles, une notion est mise en évidence : la responsabilité du soignant. Le mot responsabilité signifie "se porter garant, répondre de" (Warchol., 2012). La notion de responsabilité est définie par Warchol (2012) comme suit : «La responsabilité se définit en droit comme l'obligation faite à une personne de répondre de ses actes, du fait des rôles et des charges qu'elle doit assumer, et d'en supporter toutes les conséquences.» (p.271). Cette définition est en lien avec le fait d'assumer les conséquences de ses actes.

1. 3 L'impact de l'erreur médicamenteuse sur le soignant

1.3.1 La reconnaissance de l'erreur

L'erreur médicamenteuse commise par le soignant peut avoir des conséquences autres que juridiques. D'après Chauvire et al., il existerait trois types d'erreurs : l'erreur de perception, de pratique et de contexte. Les auteurs nous montrent que l'humain est vulnérable de par ses sens et ses perceptions. Chauvire et al., (2009) citent Schulte (1992) pour définir l'erreur comme " quelque chose qui se démontre (...) Là où quelque savoir peut être revendiqué, il est possible aussi de convaincre le locuteur de son erreur. " (p.169). Selon les auteurs, il est important de mettre en lien les connaissances de ce qui est correct pour que l'on puisse parler d'erreur, "il faut savoir calculer pour faire une erreur de calcul " (Chauvire et al., 2009). Il faudrait donc prendre conscience de son erreur pour la reconnaître. Selon eux, l'erreur serait inévitable et souvent associée à une image négative. Elle devrait être évitée, corrigée, réparée.

1.3.2 L'infirmière, une seconde victime de l'erreur médicamenteuse

Galam (2012) définit l'erreur comme étant " une exécution non conforme d'un acte prévu ou application d'un plan incorrect.". D'après lui, l'erreur aurait un impact sur les pratiques professionnelles des soignants et leur métier, sur leurs rapports avec leurs patients, mais également sur leur vie privée. Galam cite Scott (2012) pour définir le soignant comme étant la seconde victime de l'erreur :

"un soignant impliqué et traumatisé par un événement imprévu et défavorable pour un patient et / ou une erreur médicale dont il se sent souvent personnellement responsable et qui occasionne un sentiment d'échec et remet en question son expérience clinique et ses compétences fondamentales".

Galam, à travers différents témoignages de soignants, a relevé des sentiments distincts tels que la honte, la détresse émotionnelle, la culpabilité, les remords, ou encore la panique, la colère, le choc et l'humiliation. Les soignants peuvent se mettre à douter d'eux-mêmes, faire face à un sentiment d'échec, voire se sentir incompetents. L'erreur médicamenteuse aurait donc des répercussions négatives sur la vie professionnelle des infirmières, mais aussi sur leur vie privée.

Par ailleurs, selon Galam, l'erreur médicamenteuse ne se contenterait pas seulement d'affecter le patient et le soignant, mais bien plus encore. En effet, il affirme que « quand l'erreur se produit, elle a le potentiel d'affecter le patient et ses proches mais aussi les soignants impliqués, leurs collègues, tout un service et finalement tout le système de santé » (Galam, 2012).

Toutefois, si Galam (2012) parle d'erreur négative, Chauvire et al. adoptent un point de vue divergent à ce sujet.

1.3.3 L'erreur comme outil d'apprentissage

Selon Chauvire et al., l'erreur présenterait un aspect positif. En effet, d'après eux, l'humain serait capable d'apprendre de ses erreurs. Selon Jeanguiot (2000), qui cite Astolfi, « apprendre, c'est toujours prendre le risque de se tromper ». Ainsi, l'étude de l'erreur se développe, et l'auteur la considère comme un outil d'apprentissage. Les erreurs seraient sans conséquences lorsqu'elles se produisent à l'école, mais en auraient davantage lors des stages. En effet, les erreurs de connaissances, de thérapeutiques, de calcul de doses, les oublis, se produisent souvent lors des stages. C'est pourquoi, d'après Jeanguiot, l'erreur permettrait à l'étudiant de progresser :

“ Il ne suffit pas de vouloir éliminer l'erreur, il s'agit de la comprendre : à la fois en saisir le sens et avoir une attitude compréhensive à l'égard de celui qui la réalise, et aussi, clarifier les causes et les conditions; le premier sens étant préalable au second; concevoir l'erreur et l'accepter pour en rechercher le pourquoi et le comment, pour que l'étudiant et le formateur puissent en bénéficier. ”

Selon lui, même les erreurs qui peuvent être qualifiées de « banales, sans conséquences » ont leur importance, et doivent être travaillées et réfléchies par la suite. L'auteur se demande si la gravité de l'erreur est ce qui permet de déterminer son existence. Il est possible d'analyser l'erreur lors des travaux proposés dans les Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) en tant qu'étudiant et/ou en tant que professionnel de santé, lors des séances de simulations. Durant ces séances, l'erreur est possible, acceptée et elle peut être décortiquée puis analysée. Toutefois, il serait difficile pour les personnes ayant commis une erreur de témoigner afin d'analyser cette erreur et améliorer leur pratique. Le fait d'en parler les renverrait à leur culpabilité et leur faute professionnelle.

2 - La relation de confiance entre un patient et un soignant

2.1 Comment créer une relation de confiance ?

2.1.1 Relation et confiance : définitions

Selon Paillard (2012), qui cite le Centre National de Ressources textuelles et Lexicales, le terme relation signifie « rapport, lien entre deux choses » (p. 344). Le petit Larousse (2009) apporte une autre définition, la relation serait un “lien existant entre des choses, des personnes”.

Le terme “confiance” est défini comme un “sentiment de sécurité d'une personne qui se fie à quelqu'un d'autre” (Le Petit Larousse, 2009). Il existe plusieurs types de relations, comme par exemple, la relation de confiance dans les soins.

Lagarde-Piron (2016), valorise la notion d'interdépendance qui existe entre le soin, la relation dans l'expérience hospitalière du patient et la confiance. L'auteur explique qu'il n'y a pas de soin sans confiance. Selon Lagarde-Piron (2016), “La relation, le soin et la confiance sont intimement liés : le soin ne peut exister sans relation qui ne peut s'établir sans confiance. La confiance est fondamentale dans l'interaction de soin.” (p 242). Si Lagarde-Piron nous explique que la relation de confiance est importante dans le soin, nous allons étudier par quel moyen elle se développe.

2.1.2 La construction de la relation de confiance

Afin de créer une relation soignant-soigné, l'infirmier doit adopter trois attitudes. Tout d'abord, l'infirmier doit s'engager personnellement dans la relation en considérant le malade sans jugement de valeur. Puis, l'objectivité semble indispensable afin d'éviter une déformation de ce qui peut être observé ou entendu. Enfin, la disponibilité du professionnel de santé est sollicitée afin d'observer, écouter, identifier les demandes de la personne soignée (Dictionnaire Encyclopédique des Soins Infirmiers , 2012). Le soigné attendrait donc

du soignant les trois qualités suivantes : l'engagement, l'objectivité et la disponibilité. Ces trois attitudes réunies devraient permettre de créer une relation de confiance entre le soignant et le soigné.

Dubois Fresney, & Perrin, (2017) offrent une définition complète de la relation de confiance entre un patient et un soignant :

“ La relation commence par l'observation, l'écoute : l'infirmière, qui a une bonne connaissance d'elle-même, de sa fonction, de certains concepts théoriques sur lesquels s'appuie sa pratique prendra soin de la personne. C'est à dire l'accompagner, l'aider à se prendre elle-même en charge. L'action de l'infirmière porte sur la personne et son environnement afin de l'aider à identifier ce qui pose problème et à utiliser ses ressources internes. L'infirmière tente de trouver les réponses satisfaisantes en facilitant l'expression du vécu de la personne soignée, dans le cadre de la démarche de soin, ou de l'alliance thérapeutique “

Le soignant, afin de créer une relation de confiance avec le soigné, devrait d'abord faire preuve d'écoute et d'observation. Selon les auteurs, ces deux qualités permettraient d'initier une relation.

Enfin, selon Thominet (2013), la confiance entre un soignant et un patient s'appuierait sur les trois critères suivants : les circonstances de la rencontre, le consentement du patient, et l'authenticité de la relation. Pour créer une relation de confiance, il faudrait instaurer un dialogue, permettre au patient d'apprendre à connaître le soignant et donner au patient le choix de lui accorder sa confiance.

2.2 La communication dans la relation de confiance

2.2.1 La communication verbale et l'écoute active

Carillo (2013) explique les différentes étapes de la construction d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Selon elle, soigner, c'est communiquer. Par ailleurs, la compétence relationnelle s'apprend au même titre que la compétence technique :

« La communication peut parfois être difficile, d'une part, parce que le patient est souvent une personne inquiète ou angoissée, démunie ou agressive et d'autre part, parce que la relation est tributaire du contexte : la pathologie du patient, la charge de travail, le niveau d'entraide au sein de l'équipe ... » (p. 27).

D'après Carillo, le soignant doit avoir une écoute active afin de mieux comprendre son interlocuteur grâce à la technique du questionnement. Le soignant doit aussi vérifier qu'il a compris et bien interprété ce que le soigné voulait dire grâce à la technique de la reformulation :

« Poser des questions ouvertes ciblées sur un thème incite le patient à exprimer ses pensées, ses représentations ou son ressenti. Reformuler ce que dit le patient est essentiel et il est utile de terminer par une question fermée pour vérifier sa bonne compréhension. » (p. 28).

Haberey-Knuessi (2009) souligne que le soin est réalisé en créant une relation entre le patient, le soignant et le soin. De plus, le soignant est considéré comme expert du soin et le patient comme expert de sa vie et de sa santé. C'est une relation égale. Ils vont tous deux s'investir dans le soin, travailler ensemble. Ainsi, la relation de confiance peut naître. En outre, tout comme Carillo, elle pense que l'utilisation des techniques de communication telles que la reformulation ou encore l'écoute active participe au développement d'une relation de confiance.

2.2.2 La communication non verbale et l'observation

Selon Carillo (2013), l'observation permettrait de mieux comprendre le patient à travers la communication non verbale, comme par exemple l'attitude, les gestes, les mimiques, les regards, ou encore les mouvements. C'est à travers l'observation et l'écoute que le soignant va ainsi pouvoir adapter son soin, sa communication et les individualiser à chaque patient. Selon elle, observer, c'est également écouter, « écouter consiste à se taire et à montrer au malade l'attention qu'on lui porte, par son attitude. »

D'après Carillo, la façon de communiquer serait aussi importante que le message verbal. De plus, l'environnement pourrait fortement influencer la construction d'une relation entre le soignant et le soigné. Ainsi, le lieu, le moment, la distance, ou encore la position, le ton et le volume de la voix pourraient influencer la relation de confiance.

La communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, ainsi que l'observation et l'écoute active, semblent essentielles dans la relation de confiance entre le soignant et le soigné.

2. 3 Les apports bénéfiques de la relation de confiance

2.3.1 Alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est définie par Senn et al. (2013) comme suit : "la confiance forme la base d'une relation thérapeutique et en est l'un des attributs les plus importants" (p. 28). Par ailleurs, l'alliance thérapeutique est définie dans le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers (2013) comme étant un lien de confiance sur lequel se crée progressivement une relation d'aide. L'alliance thérapeutique se fonde d'une relation de confiance. Pour Jacques Chalifour, " ce lien permet de bâtir, au cours des rencontres, des échanges constructifs afin que le " client " (personne soignée) s'investisse dans son traitement et

termine par accepter de ne plus se réfugier derrière ses mécanismes de défense, mais explorer les potentiels, avec l'aide du soignant. “ (p. 29).

Toutefois, Haberey-Knuessi (2009) explique que c'est à travers la considération du patient dans sa globalité, comprenant l'aspect biologique, psychologique, social et pathologique, que la relation de confiance prend toute sa place et tout son sens.

2.3.2 Relation de confiance et éthique

Dans son article, Thominet (2013) se questionne sur la notion de confiance. Il se demande comment il est possible que l'humain puisse douter de la médecine ainsi que des soignants, et paradoxalement accorder une confiance aveugle au virtuel et à internet. Selon lui, le contexte social d'aujourd'hui laisse plus de place à la méfiance qu'à la confiance. L'auteur construit sa réflexion autour d'une succession de définitions de cette dernière. Il reprend l'idée de Gildas qui définit la confiance comme étant "l'attitude que l'on a à l'égard de ceux que l'on pense connaître suffisamment pour en prévoir le comportement futur, (...) en ce sens nous faisons confiance aux personnes qui nous sont bien connues" (p. 28). Thominet met en relief deux composantes de la notion de confiance : la connaissance de l'autre et la croyance que l'on a en lui. Toutefois, d'après lui, cette confiance laisse place à l'incertitude. En effet, pour comprendre la notion de confiance et la relation de confiance dans les soins, Thominet a recherché l'origine de ces concepts, qui s'avère être la religion. Pour lui, la confiance découle de la relation qui a unit l'Homme à Dieu. Toutefois, il apporte des nuances entre la confiance dite religieuse et celle du sens courant. Il qualifie cette dernière comme un acte rationnel qui laisse une part d'incertitude. Ainsi, la confiance s'appuierait sur la connaissance que l'on a de l'autre et la croyance que l'on a en lui, avec tout de même une certaine incertitude.

Haberey-Knuessi (2009), quant à elle, choisit d'illustrer la relation de confiance par une image de trois tableaux qui représentent chacun un élément de la relation de confiance dans les soins. Un des tableaux montre le patient, un autre le soignant, puis le dernier le

soin. Chaque tableau, tout comme chaque représentation que l'auteur nous a donnée, peut être observé individuellement. En effet, selon Haberey-Knuessi, le patient peut être regardé seul, mais ce n'est qu'avec le soignant et le soin qu'une action va pouvoir se produire. C'est en associant l'image de ces trois tableaux que naît la relation.

MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES

Dans le cadre de mon travail de recherche, j'ai dû réaliser une enquête auprès d'infirmier(e)s professionnel(le)s. L'objectif étant de réaliser cette investigation sous forme d'entretiens, j'ai trouvé pertinent d'utiliser la technique d'entretiens semi-directifs pour mener cette enquête. J'ai fait le choix d'utiliser la forme d'entretien à réponse libre, afin d'avoir un point de vue précis sur une question donnée, que les professionnels soient libres de détailler leurs réponses et qu'ils puissent exprimer leur ressenti personnel. Le fait de mener des entretiens semi-directifs m'a également permis de relancer les personnes interrogées afin de préciser leurs réponses et faire émerger de nouvelles hypothèses de travail. Grâce à ces entretiens, j'ai pu approfondir les notions déjà abordées et recueillir l'avis de professionnels afin d'enrichir mon travail de recherche.

Dans un premier temps, j'ai décidé de structurer mon guide d'entretien en trois objectifs qui m'ont permis d'axer mes questions et cibler les réponses nécessaires à ce sujet. Les trois objectifs établis étaient les suivants : définir l'erreur médicamenteuse, identifier les répercussions de l'événement "erreur" sur le professionnel, identifier l'impact du côté patient. Pour atteindre ces objectifs, j'ai élaboré six questions larges (sans compter les questions de relance) en suivant le cheminement de mon cadre conceptuel, afin d'étudier l'erreur médicamenteuse et l'impact de celle-ci sur la relation de confiance dans son ensemble.

Dans un second temps, j'ai déterminé avec quels professionnels il était le plus judicieux de m'entretenir. J'ai d'abord échangé avec une infirmière exerçant dans un service de chirurgie. Ensuite, je me suis entretenue avec une infirmière travaillant dans un service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR), ayant des lits identifiés soins palliatifs depuis peu. J'ai pris contact avec ces deux IDE (Infirmières Diplômées d'Etat) par le biais de connaissances communes. Elles sont toutes deux expérimentées et exercent dans des CH (Centres Hospitaliers) et services différents. Après les avoir contactées par téléphone, elles m'ont proposé de venir réaliser l'entretien à leur domicile. J'ai enregistré les entretiens sur mon téléphone avec leur accord.

Pour mes deux entretiens, j'ai trouvé intéressant de pouvoir comparer les résultats obtenus entre deux infirmières ayant une expérience différente et travaillant dans des CH distincts. Toutefois, ma méthodologie a des limites. En effet, il a été plus compliqué de m'entretenir avec la deuxième infirmière qu'avec la première, puisqu'elle était très réservée. J'ai rencontré des difficultés à obtenir des réponses complètes de sa part. J'ai émis quelques hypothèses, afin qu'elle développe ses propos, mais cela n'a pas fonctionné, ses réponses étaient fermées ("oui", "non"). De plus, dans le cadre d'entretiens semi-directifs, l'interviewé ne peut pas s'étendre de longues minutes sur un seul sujet, puisqu'il doit répondre à plusieurs questions dans un temps défini. Cela a donc été une contrainte.

ANALYSE DES ENTRETIENS

Afin de respecter la confidentialité de ces deux professionnelles, nous les appellerons IDE 1 et IDE 2. Elles sont toutes deux expérimentées dans leur profession. L'IDE 1 travaille en service de chirurgie, tandis que l'IDE 2 exerce dans un service de soins de suite et réadaptation (SSR) ayant des lits de soins palliatifs depuis peu.

1- Définition erreur médicamenteuse

1.1 Les facteurs de risque

Tout d'abord, il m'a semblé pertinent de connaître le point de vue des professionnelles sur les erreurs médicamenteuses.

Elles ont commencé par aborder les facteurs pouvant favoriser ces erreurs. Elles se rejoignent toutes deux sur la notion "d'interruption de tâche" ou encore "le manque de temps". En effet, lors des entretiens, elles ont exprimé que l'interruption de tâche faisait partie de leur quotidien dans les services, que ce soit directement par quelqu'un (une question d'un autre soignant, de la famille, etc.) ou bien par téléphone ("le téléphone qui sonne et on doit répondre pendant une préparation de traitement"). Elles mettent également en avant le "manque de temps", puisqu'elles ne peuvent pas se permettre de toujours reprendre leur tâche. L'infirmière 2 ajoute tout de même que les chambres doubles sont un facteur de risque supplémentaire à l'erreur médicamenteuse.

1.2 Les différents types d'erreurs

Les soignantes ont ensuite abordé des exemples concrets d'erreurs recensés dans les services. L'IDE 2 décrit le plus souvent "une erreur de molécule, de dosage, d'administration, de forme galénique". Tandis que l'infirmière 1 exprime : "une erreur de retranscription" comme "mal retranscrire le dosage, la classe médicamenteuse". Elles

mettent en valeur le non respect de la règle des 5B : “le Bon patient, au Bon moment, par la Bonne voie, le Bon médicament, à la Bonne dose”.

Elles complètent toutes les deux leurs réponses en expliquant les protocoles à suivre après l'événement “erreur médicamenteuse”. L'IDE 1 raconte qu'ils se questionnent en équipe, avec le médecin, le cadre et les soignants. Ils réfléchissent ensemble à une solution pour que cela ne se reproduise pas. En revanche, dans le service de l'infirmière 2, il faut remplir une feuille d'amélioration qui retrace le cheminement de l'erreur, puis, celle-ci passera en “commission qualité”. Ces deux procédures sont présentes afin d'améliorer les pratiques et d'éviter que cela ne se reproduise. Bien qu'elles reconnaissent des facteurs de risque menant aux erreurs, elles affirment chercher par la suite des solutions pour ne pas que cela se reproduise. Les deux infirmières sont d'accord sur le fait que même si l'erreur n'est jamais volontaire, le risque reste présent. L'IDE 1 nous dit : “ça peut être très, très, très rapide et facile malheureusement”, “l'erreur est humaine”. L'IDE 2 la complète : “l'erreur est vite arrivée”, “on fait tous des erreurs”.

2- L'impact des erreurs médicamenteuses sur le professionnel

2.1 L'impact émotionnel et personnel

En amenant les infirmières à parler des situations d'erreurs médicamenteuses qu'elles avaient pu rencontrer, j'ai trouvé intéressant de repérer leurs émotions, tant personnelles que professionnelles, afin d'apprécier leur vécu de la situation. L'objectif était d'identifier les répercussions qu'a pu avoir l'événement sur elles.

L'IDE 1 nous raconte lors de l'entretien avoir administré un traitement prescrit à une patiente. La patiente ressentait des douleurs, le médecin lui avait donc prescrit des morphiniques. Après l'administration du traitement, la patiente précise être allergique aux morphiniques, sans savoir ce que l'infirmière lui avait administré. Cette professionnelle nous explique qu'elle n'a pas “mal vécu” la situation mais précise que “ça reste dans un coin de ma tête”.

2.2 L'impact professionnel

L'infirmière 2 insiste sur l'impact de l'erreur médicamenteuse d'un point de vue professionnel, en disant à plusieurs reprises : "on se remet en question". Elle explique que c'est une remise en question sur sa pratique, la manière dont elle exécute les tâches, mais elle dit également : "on va trop vite". Ceci fait écho au manque de temps évoqué dans les facteurs de risque. L'IDE 1 ajoute, "cela peut rester traumatisant dans la pratique".

Toutefois, les deux infirmières se rejoignent en expliquant que l'impact de l'erreur varierait suivant les conséquences et la gravité de l'erreur médicamenteuse, "ça dépend de la faute, ça dépend de l'erreur" (IDE 1). Elles s'alignent également en racontant l'importance de "l'esprit d'équipe", et du non-jugement entre collègues, "le but n'étant pas d'accabler les collègues". La notion de "relation de confiance dans l'équipe" est soulignée par ces deux soignantes.

2.3 Modification de la pratique et moyens utilisés

Ensuite, elles évoquent les modifications de leurs pratiques et par quels moyens elles sont parvenues à évoluer dans leur métier. La notion "d'équipe" est ressortie de ces entretiens. En effet, la discussion en équipe permettrait de trouver des solutions telles que : "le double contrôle" expliqué par l'infirmière 2, ou encore la réorganisation du service décrit par l'infirmière 1. L'IDE 2 exprime verbalement à ses collègues qu'il ne faut pas la déranger, elle avoue se mettre "dans une bulle" pour se concentrer, et recommence ce qu'elle faisait si quelqu'un l'interrompt.

3- Impact sur la relation de confiance avec le patient

3.1 Changements dans la relation

Enfin, mon dernier objectif était d'identifier l'impact de l'événement "erreur" sur la relation de confiance entre le soignant et le patient.

Tout d'abord, le principal changement qu'elles ont pu observer suite à l'erreur médicamenteuse s'est révélé être au niveau de la confiance. L'infirmière 1 répète ceci à plusieurs reprises durant l'entretien : "ils ont perdu confiance en l'équipe". Puis, l'infirmière 2 illustre cela de la manière suivante : "ils posent plus de questions" et "il y a plus de méfiance".

Toutefois, l'infirmière 1 a témoigné que la patiente n'avait pas été mise au courant de l'erreur médicamenteuse dont elle avait été victime. D'après cette infirmière, l'erreur n'a donc pas eu d'impact sur la relation de confiance, "on ne s'est pas trop vanté de lui dire... la relation de confiance, elle n'a pas été entachée". La seconde infirmière ajoute que même si informer le patient de l'erreur médicamenteuse fait partie du protocole à suivre, ce n'est pas toujours fait, "on se doit d'avertir le patient ou la famille. Moi, j'ai jamais vu que ça a été fait".

3.2 Une prise en soin plus difficile

Ces deux infirmières témoignent par la suite d'une prise en soin plus difficile chez un patient victime d'erreur médicamenteuse, elles parlent d'un patient plus anxieux, "c'est très stressant pour les gens" (IDE 2). Cependant, l'infirmière 1 ajoute que cela dépend de la gravité et des conséquences de cette erreur.

Ensuite, les soignantes ont toutes deux évoqué les moyens qu'elles mettent en place afin de regagner cette confiance. L'infirmière 1 explique qu'elle est dans la réassurance. Selon elle, il faut "expliquer pourquoi on le fait, comment on le fait". L'infirmière 2 renforce

ses propos, à travers la "vigilance" ou encore "l'échange". Toutes deux prennent plus de temps avec ces patients. L'infirmière 1 répète "prendre un peu plus le temps". L'infirmière 2 poursuit dans le même sens : "il faut être plus vigilant" et "prendre le temps". D'après les deux personnes interrogées, pour regagner la confiance du patient suite à une erreur médicamenteuse, il faudrait faire preuve d'une plus grande vigilance et d'une plus grande concentration, mais aussi consacrer plus de temps au patient et à son traitement.

3.3 Construction de la relation de confiance

Pour finir, les professionnelles ont mis en valeur les combinaisons de la construction d'une relation de confiance. L'infirmière 1 affirme que cela passe par le temps, par des explications et par de la réassurance. L'infirmière 2, quant à elle, met en valeur l'importance de l'accueil du patient : "j'ai remarqué ça, que les choses difficiles vont être dites à la personne qui l'a accueilli", elle ajoute : "on a une relation plus approfondie". D'après elle, "on devient une référence" pour les patients que l'on accueille. Elle précise également que l'on prend plus de temps avec des patients que l'on a accueillis.

DISCUSSION

Pour rappel, ma question de départ était la suivante : **En quoi l'erreur médicamenteuse dans les soins impacte-t-elle la relation de confiance entre un infirmier et un patient en soins généraux ?** Après avoir défini dans le cadre conceptuel les différentes notions et concepts qui émergent de cette question, nous avons analysé les données de l'enquête. Dans cette partie, nous allons croiser les données afin d'interpréter les résultats de mes recherches et ainsi pouvoir apporter ma propre réflexion.

1- Facteurs de risque d'erreur médicamenteuse

Dans un premier temps, j'ai pu remarquer grâce aux différentes lectures que j'ai pu faire, ainsi qu'à l'analyse de mes entretiens, de nombreux facteurs de risque liés à l'erreur médicamenteuse. En effet, selon les chiffres de l'HAS (Haute Autorité en Santé), l'erreur médicamenteuse est bien présente dans les services. Pour rappel, elle représentait 32,9 % des événements indésirables (EI) graves en 2015. D'après l'étude de l'HAS, ainsi que les infirmières interrogées, l'interruption de tâche serait l'un des facteurs de risques les plus importants. En effet, lors des entretiens, les deux infirmières ont exprimé que les interruptions de tâches faisaient partie intégrante de leur quotidien. Assurément, les chiffres apportés par l'enquête de l'HAS le confirment : une infirmière serait interrompue en moyenne sept fois par heure, ce qui augmenterait de 13% le risque d'erreur médicamenteuse.

Toutefois, bien que l'interruption de tâche soit décrite comme un facteur de risque majeur, ce n'est pas le seul. En effet, lors de notre entrevue, l'infirmière 2 a également insisté sur le manque de temps pour recommencer lorsqu'elles sont interrompues. Les infirmières, manquant de temps pour effectuer leurs tâches, pourraient commettre des erreurs. Les principales conséquences du manque de temps seraient la précipitation, le stress ou en encore la perte d'attention. Ce qui engendre la deuxième conséquence : l'erreur.

Nous pouvons supposer que ces deux facteurs de risque pourraient être liés. En effet, en étant interrompues plusieurs fois par heure, les infirmières perdent du temps. Ce

temps perdu, en plus de l'interruption de tâche, pourrait engendrer des erreurs médicamenteuses telles que se tromper de patient, de doses, ou encore de traitements. En associant les facteurs temps et interruption de tâches, selon moi, le risque d'erreur serait majoré.

2- Impact des erreurs médicamenteuses sur le professionnel

Le deuxième point abordé durant les entretiens concernait l'impact des erreurs médicamenteuses sur le professionnel. Selon les deux infirmières, l'impact ne serait pas le même suivant la gravité de l'erreur. Toutefois, selon les infirmières, une fois l'erreur produite, elle resterait présente dans un coin de leur tête. De plus, dans le titre de son ouvrage, Galam présente le soignant comme étant la seconde victime de l'erreur médicamenteuse. Pour exprimer les sentiments ressentis par les soignants ayant commis l'erreur, il emploie des termes comme la "honte", la "culpabilité, ou encore "l'incompétence", jusqu'à définir le burn out. Le burn out est en effet un terme employé davantage pour exprimer le mal être des soignants.

D'après mes recherches et les entretiens que j'ai pu mener, il semble crucial de pouvoir parler sans jugement avec ses collègues de l'erreur médicamenteuse, de travailler en équipe pour faire évoluer ses pratiques personnelles et d'apporter des axes d'améliorations dans le service voire même au sein de l'hôpital d'une manière plus globale. D'après mon enquête, l'objectif serait de prendre conscience de ses propres points faibles, afin de pouvoir limiter ses erreurs. Il paraît important, pour un soignant, d'être conscient des facteurs de risque d'erreurs, mais également de se connaître afin que le corps n'exprime pas de lui-même cet épuisement émotionnel. Nous pouvons nous poser les questions suivantes : le patient ressent-il les sentiments du soignant ? L'impact de l'erreur médicamenteuse sur le soignant agit-il négativement sur son travail ? La personne soignée ressent-elle cette remise en question de la part du soignant ?

En effet, si nous avons abordé l'impact de l'erreur médicamenteuse sur le professionnel, nous allons maintenant voir l'impact de celle-ci sur le patient. D'après les deux

infirmières, le patient peut perdre confiance en l'équipe soignante suite à une erreur médicamenteuse. Elle semblerait donc avoir un impact négatif sur la relation de confiance entre un soignant et un soigné, dans le cas où le soigné serait au courant de cette erreur. Toutefois, elles ont admis toutes les deux que lorsqu'elles ont commis cette faute, le patient ne l'a jamais su. L'erreur médicamenteuse n'aurait donc pas d'impact sur la relation de confiance soignant-soigné si la personne soignée n'est pas au courant de celle-ci et seulement si l'erreur n'est pas grave. Cela soulève donc la question suivante : faut-il parler des erreurs médicamenteuses aux personnes soignées si elles n'ont eu aucune conséquences négatives ?

3- Les bénéfices de la relation de confiance

Enfin, j'ai trouvé intéressant de mettre en valeur ce que peut apporter une relation de confiance positive entre un infirmier et un patient. Comme Carillo l'exprime dans son article, "soigner, c'est communiquer". Selon elle, la construction d'une relation s'acquiert par bien plus que l'expression verbale. En effet, elle pourrait aussi s'acquérir par la posture du soignant, la bonne distance, l'écoute, ou encore le ton de la voix. Les infirmières avec qui je me suis entretenue ont renforcé ces propos. D'ailleurs, d'après elles, la notion de temps serait également précieuse. En effet, lorsqu'une infirmière accueille un patient dès son entrée, elle passe du temps avec lui, et une relation se construit à partir de ce moment-là. Prendre le temps avec un patient faciliterait la construction d'une relation de confiance. Avant d'effectuer mon enquête, je ne pensais pas qu'accueillir le patient et devenir une référence pour ce dernier pouvait être un facteur important à prendre en compte.

Mes différentes recherches m'ont permis d'apporter des ressources sur les différents moyens par lesquels la relation de confiance soignant-soigné se crée, mais également de mettre en valeur son importance et ce qu'elle permet. Selon moi, la relation de confiance est aussi importante que le soin dit "technique", elle permet au patient d'être acteur de son soin. Cela fait émerger les notions d'alliance thérapeutique et de partenariat entre l'infirmier et le patient.

“L’alliance thérapeutique est efficiente quand l’union soignant-soigné ose une co-construction dans l’agir”

Corinne Ghiridian-Hofmann

Au fur et à mesure de mes différentes recherches, mes pensées ont évolué et de nouveaux questionnements ont émergé. Il m’a tout de même fallu délimiter le sujet à une échelle raisonnable. Toutefois, ce travail d’initiation à la recherche a attiré mon attention sur un point que je trouve important et qui, selon moi, pourrait être développé : l’annonce de l’erreur médicamenteuse au patient. Aussi, d’après l’enquête menée, on a pu constater que le patient n’était pas toujours informé de l’erreur médicamenteuse. Dans quelle mesure le signalement de l’erreur médicamenteuse au patient peut impacter la relation soignant soigné ? Cette question pourrait également être creusée afin de continuer les recherches sur le sujet.

CONCLUSION

Tout au long de ce travail d'initiation à la recherche, nous avons tenté de répondre à la question suivante : **en quoi l'erreur médicamenteuse dans les soins impacte-t-elle la relation de confiance entre un infirmier et un patient en soins généraux ?** Pour ce faire, j'ai d'abord effectué des recherches théoriques, afin de définir les notions, concepts de la question de départ. Ensuite, j'ai décidé de n'interviewer que deux personnes travaillant dans les soins généraux. Je souhaitais interroger des professionnels ayant commis une erreur médicamenteuse. Les réponses des deux interrogés étaient pertinentes et m'ont permis de comparer leur point de vue. J'ai analysé et croisé toutes les informations obtenues. En effet, cette étude m'a permis d'identifier les facteurs de risques d'une erreur médicamenteuse, mettre en valeur les étapes de la construction d'une relation de confiance, les bénéfices de cette relation, puis de voir les effets de l'erreur sur la relation. Suite à ce travail de recherche, nous pouvons dire que l'impact sur la relation soignant-soigné, dépend de plusieurs facteurs tels que : les conséquences de l'erreur sur le patient, ou encore le signalement de l'erreur au patient.

Ce travail de recherche m'a permis d'enrichir mes connaissances, compétences, de nourrir ma réflexion, ainsi que de me développer en tant que future professionnelle. Afin de compléter ces recherches, il pourrait être judicieux d'effectuer une enquête auprès de patient ou famille ayant été victime d'erreur médicamenteuse, dans le but de mieux comprendre l'impact du côté patient.

Le questionnement apporté par mes recherches me permet de continuer à élargir ma curiosité professionnelle, ce qui reste primordial dans le métier d'infirmière. L'aboutissement de ce travail de recherche représente l'achèvement de ces trois années de formation qui m'ont permis de me construire tant sur le plan professionnel que personnel. J'ai avancé dans le déploiement de ma posture professionnelle, grandi en maturité et en responsabilité. Ce que je retiens de mon travail de recherche est qu'il est primordial dans notre métier d'avoir soif d'améliorer ses pratiques. Le désir de corriger ses actions afin de compléter sa pratique me semble essentiel.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

- Galam, E. (2012). *L'erreur médicale, le burnout et le soignant : de la seconde victime au premier acteur*. Paris : Springer
- Chauvire, C., Ogien, A. et Querre, L. (2009). *Dynamiques de l'erreur*. Paris : Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales
- Duboys Fresney, C., & Perrin, G. (2017). *Le métier d'infirmière en France* (1re éd.). Paris, France : Presses universitaires de France.

Dictionnaires

- Formarier, M., Jovic, L. (2012). Responsabilité; Dans Dictionnaires des concepts en sciences infirmières. (2è éd., p. 271). Paris : Edition Mallet Conseil.
- Paillard, C., (2012). Alliance thérapeutique; Confiance; Relation; Dans Dictionnaires des concepts en sciences infirmières. (4è éd., p. 28, p. 111, p. 344). Setes editions.
- Confiance (2012). Dans Le Dictionnaire Larousse. Paris : Larousse

Articles

- Karim-Letournel, C., Cormier, E., & Disnard, L. (2019). La collaboration infirmier-pharmacien pour la prévention des erreurs médicamenteuses. *Revue de l'infirmière*, 249, 42-44
- Te Bonle, F., Guillaudin, M., Bohand, X. (2015). Les erreurs médicamenteuses. *Soins Cadres*, 93, 47-49
- Bérard, S. (2010). Analyser les erreurs de soins. *Objectif soins*, 189, 20-23
- Devers, G. (2014). Circuit du médicament : qualité et sécurité . *Objectif soins*, 229, 15-18.

- Januel, JM. (2017). La vision des soins portée par Léonie Chaptal : une erreur stratégique dans le développement de la discipline des sciences infirmières en France. *Recherche en soins infirmiers*, 131, 6-12.
- Carillo, C. (2013). 16 Créer une relation de confiance. *Soins Aides-Soignantes*, 50, 27-28
- Magnan, G. (2011). Accompagnement globale, la confiance, pas à pas. *Profession sage-femme*, 178, 36-37
- Létourneau, D., Cara, C., Goudreau, J. (2016). Agir avec humanisme : l'approche humaine et relationnelle du soin, un pouvoir de l'infirmière. *Perspective infirmière*, 5, 32-34
- Jeanguiot, NP. (2000). Apprendre par l'erreur : le statut de l'erreur dans le cadre de la formation initiale des infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 62, 36-78
- Bastian, J., Valdeyron, JL., Vaquier, V. (2001). De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 66, 93-100
- Devers, G. (2013). Erreur sur l'identité du patient dans l'administration de ses médicaments. *Objectifs soins*, 216, 14-17
- Haberey-Knuessi, V. (2009). De la relation de confiance à la construction du sens : triptyque porté par l'éthique. *Perspective soignante*, 35, 68-87
- Thominet, P. (2013). Ethique et relation de confiance. *Soins*, 779, 28-29
- Lagarde-Piron, L. (2016). Chapitre 13. La confiance dans les soins infirmiers: Une exigence vulnérable. Une approche communicationnelle de la relation soignante. Dans : Richard Delaye éd., *La confiance: Relations, organisations, capital humain* (pp. 242-256). Caen, France: EMS Editions. doi:10.3917/ems.delay.2016.01.0242.

Textes législatifs

- Loi n°2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé. Repéré à :

Sites internet

- Sécuriser la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé . (2015, novembre 24). Consulté le 15 décembre 2019, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/c_2574453/fr/securiser-la-prise-en-charge-medicament euse-en-etablissement-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2574453/fr/securiser-la-prise-en-charge-medicament-euse-en-etablissement-de-sante)

ANNEXES

I - Guide d'entretien

II - Retranscription entretien N° 1

III - Retranscription entretien N°2

IV - Tableaux d'analyse

A) Tableau 1

B) Tableau 2

C) Tableau 3

I - Guide d'entretien

Définir l'erreur médicamenteuse :

- Selon vous quelle est la nature des erreurs que peut faire une infirmière dans sa pratique quotidienne ?
- Qu'est ce que l'erreur médicamenteuse pour vous ? Quelles sont les différentes formes que peut prendre l'erreur médicamenteuse ?
- Avez vous déjà fait une erreur médicamenteuse ? Si oui seriez vous d'accord pour en parler ? Pouvez-vous me raconter cet évènement ?

Identifier les répercussions de l'évènement « erreur » sur le professionnel :

- Quelles conséquences a eu cette erreur pour vous personnellement ? Pour vous professionnellement ? Relances si besoin : Quelle(s) conséquence(s) a eu l'erreur médicamenteuse sur vous ? L'impact émotionnel, et ou personnel ? Avez vous changé votre pratique ? L'avez vous accepté ? Si oui par quel moyen ? Pour vous, comment se construit la relation de confiance ? Les moyens que vous mettez en place ?

Identifier l'impact côté patient :

- Un patient a des antécédents (erreur médicamenteuse) : est-ce une prise en soins plus difficile ? La relation avec le patient a-t-elle changé ? Qu'est-ce que cela peut changer côté patient ? Qu'est-ce que cela peut changer dans la relation au patient ?

II - Retranscription entretien N° 1

ESI : Selon vous quelle est la nature des erreurs que peut faire une infirmière dans sa pratique quotidienne ?

- **IDE 1** : Euh fff ... Alors ça peut-être des erreurs euh ... On a remarqué, enfin dans le service où je travaille, en chirurgie, la chirurgie MPU. Les erreurs, quand il y en avait, c'était soit l'infirmière qui est interrompue pendant qu'elle est en train de travailler. Enfin elle est en train de préparer quelque chose et puis ... Soit il y a le téléphone, soit il y a une collègue qui passe, qui a une question, ou le médecin qui passe et qui a une question à poser et puis du coup bah on s'arrête. On ne sait plus où on en est. Le mieux, c'est de recommencer, mais des fois bah on n'a pas le temps, et on continue, ça peut-être des erreurs de ce genre-là. Après euh ... On fait beaucoup moins d'erreurs de retranscription, comme il pouvait y avoir avant. Parce que maintenant on est quand même beaucoup informatisés. Euh ... Avant l'informatisation on avait la mauvaise habitude des fois de, sur nos planifications de retranscrire manuellement et, bah ça peut-être une source aussi d'erreur.
- **ESI** : On retranscrivait mal ?
- **IDE 1** : Bah ça peut-être, mal retranscrire le dosage, mal retranscrire euh le ... la classe médicamenteuse enfin ça peut-être des choses comme ça. On est beaucoup moins embêtés avec ça. Et puis bah, des fois aussi, qu'est ce qu'on a ? C'est quand on a les, les gens en hospit qui ramène pas forcément leurs ordonnances perso et du coup euh, bah ils nous disent ce qu'ils se rappellent mais des fois les gens il faut pas, ils se trompent eux aussi ...
- **ESI** : Oui. Donc ensuite qu'est ce que l'erreur médicamenteuse pour vous ?
- **IDE 1** : Euh l'erreur médicamenteuse pour moi, je dirais euh bah ... pas donner le bon dosage enfin le bon dosage de médicament ou le bon, la bonne classe thérapeutique enfin ...
- **ESI** : Le bon médicament, à la bonne dose.
- **IDE 1** : Oui voilà, le bon médicament, à la bonne dose euh , oui voilà ça. Et puis ce qui peut, enfin l'erreur médicamenteuse ça peut aussi être donner un médicament euh, à la mauvaise personne aussi, euh accessoirement euh alors après. Je pense que ça dépend aussi des pratiques et des, et de l'environnement dans lequel on travaille. C'est vrai que, jusqu'à présent je n'ai pas rencontré moi de gens qui se sont trompés de médicaments. Mais je pense que voilà une nouvelle arrivée dans une EHPAD où les gens ne sont pas forcément euh cognitivement bien et du coup ils répondent oui alors que c'est pas eux, euh .. Je pense que voilà, ça dépend aussi beaucoup du lieu d'exercice euh moi dans mon exercice je

travaille en chirurgie avec des gens majoritairement plutôt jeunes et plutôt cortiqués.

- **ESI** : Qui connaissent leur traitements peut-être aussi ?

- **IDE 1** : Qui connaissent leurs traitements. Et oui parce qu'il y a ça aussi, les gens de toute façon, ceux qui connaissent bien leurs médicaments nous disent « c'est pas comme d'habitude » alors des fois c'est parce que bah, nous à l'hôpital on a pas forcément la même, le même dosage ou alors on est obligé d'en donner deux pour avoir le bon dosage, ou alors c'est pas le même exactement mais c'est le générique et du coup bah il n'a pas la même forme euh extérieure, mais c'est le même médicament donc ça peut être des choses comme ça mais euh ... Après je crois qu'on a toutes été plus ou moins confrontées voilà à des erreurs de distributions ou des choses ou enfin euh ... Moi j'ai le souvenir d'une patiente qui était extrêmement douloureuse euh ... d'un seul coup en fait, c'était assez brutal et elle était arrivée depuis pas longtemps dans le service. On avait pas eu le temps de faire son recueil de données, elle était montée il y a pas très longtemps. Et le médecin m'a prescrit euh fff une batterie de morphiniques et tout ça, on s'est dit on va commencer direct on lui donne un morphinique comme ça, ça descend et puis après on pourra repartir sur des paliers plus faible. Et en fait une fois que je lui ai donné le médicament elle me dit « Mais en fait je ne vous ai pas dit je suis allergique à la morphine ». C'est trop tard, c'est fait ...

- **ESI** : Bah oui.

- **IDE 1** : Donc du coup on l'a surveillée et plus il s'est avéré qu'elle n'a fait aucune réaction donc potentiellement elle n'était peut-être pas allergique à la morphine mais c'est un bon coup de flippe quoi. Mais c'est trop tard, c'est fait. Donc on considérera ça, je pense, comme une erreur médicamenteuse mais j'avais une prescription, et c'était pas, mais ça n'empêche qu'on se remet beaucoup en question, on se dit bah zut si on avait eu le temps de faire le recueil de données plus tôt euh voilà ... Bon le fait est que la dame allait bien cinq minutes avant et puis d'un seul coup elle est devenue très douloureuse donc du coup nous, on a envie de pallier à la douleur et on squeeze certaines choses. Donc je pense que c'est notre organisation, enfin tout peut rentrer en compte dans une erreur médicamenteuse. Ça peut être très, très, très rapide et facile malheureusement.

- **ESI** : Donc tout comme euh, tout comme quoi par exemple euh le personnel ?

- **IDE 1** : Des conditionnements de médicaments aussi, tout ce qui est injectable. Il y a des, des formes qui sont extrêmement similaires.

- **ESI** : Au niveau du packaging peut-être aussi ?

- **IDE 1** : Ouais, le packaging, ça peut-être ça, ça peut-être le stockage aussi, il suffit que deux choses soient stockées côte à côte et qui se ressemblent, enfin dans l'urgence, la précipitation euh, on peut être amené à ... Et puis enfin l'erreur est humaine, on est des êtres humains et euh et je pense que ça peut arriver à n'importe qui dans sa pratique quoi. Donc c'est une vigilance importante, d'où les interruptions c'est compliqué souvent.
- **ESI** : Interruption de tâche ?
- **IDE 1** : Ouai.
- **ESI** : Euh est ce que vous avez fait d'autres types d'erreurs médicamenteuses ?
- **IDE 1** : La comme ça euh je ne vois pas trop, à part le coup de la morphine, c'est déjà pas mal j'ai trouvé.
- **ESI** : Oui oui.
- **IDE 1** : J'ai trouvé que c'était pas mal déjà.
- **ESI** : Oui c'est sûr.
- **IDE 1** : Mais euh, ouai comme ça la je n'en vois pas. J'ai rien qui me vient à l'esprit après je pense qu'on, on a euh ..., la chance d'être dans un petit hôpital, là où je travaille.
- **ESI** : À Ancenis ?
- **IDE 1** : Ouais et du coup, on a peut-être pas la même pression peut-être que dans les grands centres, où euh, où il y a peut-être beaucoup plus de monde aussi qui passe, entre les internes. Nous on n'a pas d'internes.
- **ESI** : L'équipe c'est toujours la même.
- **IDE 1** : L'équipe est euh, il y a peut-être moins de turnover aussi euh, et puis euh et puis, enfin du coup on connaît bien notre fonctionnement. Donc on sait quand on est en train de faire les médicaments, bon on sait que c'est pas le moment enfin il y a peut-être moins de ...
- **ESI** : Moins de parasites ?
- **IDE 1** : Ouais peut-être, enfin il y a en a toujours voilà, le téléphone qui sonne c'est inévitable, les familles qui ont des questions c'est inévitable et on ne peut pas se permettre non plus de ne pas forcément y répondre. Mais euh, voilà, à part, ouais cette histoire de

morphinique, qui m'avait bien stressée.

- **ESI** : Ca vous avait stressée ?

- **IDE 1** : Bah c'est, et puis évidemment c'est toujours euh, en fin de service, il devait être 20h30, donc euh 21h10 on a fini. On transmet ça à l'équipe de nuit, euh je dis euh bah écoute, elle n'a fait aucune réaction, elle n'a pas gonflé, elle n'a pas eu de rougeur, pas d'éruption cutanée, je dis ... Puis la dame du coup, enfin elle n'a pas compris que je lui donnais de la morphine quand je lui en ai donné. Elle me l'a dit comme ça après, juste en passant. Et, et donc il y a avait une relation de confiance qui s'était instaurée. La dame en fait, si je lui dis direct, recrachez, enfin ça ne sert à rien parce qu'il était avalé, je me suis dit, « ça sert à rien je vais la stresser ». Donc en fait la dame on a essayé de, pas camoufler, mais on l'a surveillée de très près avec l'infirmière de nuit, puis on en a reparlé avec le cadre le lendemain. On s'est dit, il faudrait que cette dame en fait elle ait une consultation euh allergo, qu'on sache vraiment à quoi elle est allergique.

- **ESI** : Quelle molécule ?

- **IDE 1** : Vraisemblablement euh, elle n'a fait aucune réaction aux morphiniques, alors après, est-ce que la fois précédente où elle avait fait une réaction elle avait pris autre chose en même temps, est-ce que c'était l'autre médicament ? Est-ce que c'était le fait d'avoir pris les deux ensemble qui avait créé cette réaction qu'elle avait faite la fois précédente. Mais du coup on se retrouve euh à son intention, bah pourquoi j'ai enfin, j'ai, je ne l'ai pas vu avant qu'elle était allergique ? Donc on se dit bah c'était écrit quelque part, donc effectivement en fouillant dans le dossier on retrouve une trace, ah oui c'est écrit mais euh on ne l'avait pas vu. Après bah on le dit, pas à l'anesthésiste, parce que chez nous c'est le médecin anesthésiste qui fait les prescriptions médicamenteuses. Et je me dis, bah lui non plus il ne l'a pas vu donc euh, est-ce que c'est à moi aussi de surveiller euh, ce que le médecin prescrit euh, si moi j'avais pas vu avant, je ne pouvais pas deviner enfin on se remet en cause. On se dit bah j'aurai dû lui dire mais bon en même temps moi je n'avais pas vu non plus, enfin ce n'est pas évident de se remettre, enfin de savoir qui a fait la faute euh ... c'est pas vraiment le bon mot mais euh, qu'est ce qu'on pourrait modifier pour ne pas que ça se reproduise en fait parce que bah l'erreur elle peut être, elle est faite et euh le but c'est que bah, que ça ne se reproduise pas donc euh soit c'est une meilleure signalétique sur l'informatique quand les gens sont allergiques, quelque chose qui, enfin pas quelque chose qui clignote non plus, il ne faut pas exagérer mais euh ...

- **ESI** : Quelque chose de voyant ?

- **IDE 1** : Une zone précise où quand les gens sont allergiques bah c'est écrit et c'est rouge enfin où c'est, où il y a une démarcation de couleur qui fait que tient, ça attire l'oeil. C'est des

choses qui bah, malheureusement, bon là il n'y a pas eu de conséquence à l'erreur médicamenteuse. Enfin ça c'est très bien passé, la dame elle a, elle a absolument rien fait, on l'a surveillée toute la nuit et elle a rien, rien déclaré. Mais euh, potentiellement euh quelqu'un d'autre qui rentre qui, qui est incapable de parler et bah il ne peut pas nous dire qu'il est allergique. Si ça nous saute pas suffisamment aux yeux bah on peut passer à côté donc ça peut être des antibiotiques voilà c'est des allergies vraies, où les gens font des oedèmes de quincke et bah on est vite, les conséquences ne sont pas les mêmes !

- **ESI** : Oui c'est sûr. Et euh, est-ce que ça vous a atteint personnellement dans votre vie, ça s'est passé le soir, en rentrant chez vous, comment vous étiez ?
- **IDE 1** : Bah j'étais, fff, je ne l'ai pas mal vécu dans le sens où la dame elle, je suis partie, elle était bien.
- **ESI** : Ok, ça vous a rassuré ?
- **IDE 1** : Elle n'avait pas, j'étais pas relativement rassurée, on en a parlé avec les collègues aussi enfin, allergique à la morphine on n'avait pas spécialement tout entendu, mais après tout est possible euh on est patient, voilà elle n'avait pas de problème respiratoire elle n'avait pas fait d'oedème, pas de gonflement, pas d'éruption, enfin il n'y avait vraiment aucun symptômes euh de début d'allergie donc je suis partie relativement sereine. Mais j'avoue que, oui ça m'a travaillé le temps de rentrer à la maison on y pense forcément euh le lendemain voilà je suis rentrée c'est la première question que j'ai posé. "Comment ça s'est passé ?" Bon bah très bien il n'y a pas eu de soucis donc après le fait qu'il n'y a pas eu de conséquence ni de réaction je pense que oui, voilà. Ca reste dans un coin de ma tête. Parce que ouais du coup je pense que ça sert aussi à éviter de reproduire ce genre de chose. Le fait qu'il n'y ait pas eu de conséquence je le vis bien.
- **ESI** : Oui
- **IDE 1** : Ça aide forcément je pense que, elle aurait fait une grosse réaction derrière, bon après on est à l'hôpital. Il y a les médecins, il y a les médicaments pour, pour traiter justement l'allergie si, si besoin est, et tout ça. Donc on est au « bon endroit » pour faire une réaction allergique mais bon je pense qu'on se sent, enfin voilà. C'est nous qui avons donné le médicament. Je pense que quelqu'un qui donne un médicament où derrière il y a des conséquences immédiates ou difficiles euh je pense que oui ça doit marquer quand même. Ça doit rester traumatisant dans la pratique.
- **ESI** : Dans la pratique, réussir à revenir au travail après, avec ses collègues, la peur du jugement peut-être aussi ?

- **IDE 1** : Peut-être ouais. Bah après je pense que c'est pareil tout dépend de l'équipe, l'ambiance qu'il y a dans l'équipe euh ...
- **ESI** : La confiance ?
- **IDE 1** : Ouais voilà, si on est déjà dans une équipe où on se connaît, on a confiance en la pratique de l'autre euh, on sait que euh c'est pas parce que, enfin on arrive à en parler ensemble parce que, et en même temps c'est constructif, parce que en parler justement avec l'équipe et bien c'est, c'est une infirmière qui a fait l'erreur mais potentiellement ça aurait pu être n'importe qui enfin je pense que ça aurait été une autre collègue que moi elle lui aurait donné aussi la morphine.
- **ESI** : Oui c'était prescrit oui.
- **IDE 1** : Oui enfin on a une prescription voilà, en transmissions je l'ai, je l'ai dit et forcément le lendemain j'ai reposé la question. L'équipe du matin l'a su aussi enfin on n'est pas des équipes non plus, on n'est pas cent cinquante à travailler on est, dans le service on est neuf, dix. Bah le tour est vite fait. Tout le monde le sait donc euh, bah on en parle il n'y a pas de jugement ou on n'est pas en train de dire « ah non je ne veux pas retravailler avec elle, elle fait des bêtises » enfin, je pense que ça dépend voilà, du contexte de l'équipe, comment l'équipe elle, elle travaille ensemble s'il y a déjà une relation de confiance dans l'équipe et puis bah ça dépend de la faute, ça dépend de l'erreur, ça dépend de plein de choses je pense. C'est difficile de de savoir, et puis ça dépend aussi de comment soi-même on se juge en fait sur notre erreur. Il y les autres puis il y a ce que nous on ressent. Enfin comment on le vit, si quelqu'un le vit mal je pense qu'elle, elle va avoir l'impression que les autres la juge mal, ce qui n'est pas forcément le cas.
- **ESI** : Mmm, du coup suite à cet évènement est-ce que vous avez modifié votre pratique pour que ça ... réfléchi à une solution pour que cet événement ne se reproduise pas, que ce soit pour vous ou pour ?
- **IDE 1** : Oui c'est ce qu'on disait on en avait parlé avec euh le cadre du service et on avait essayé de voir enfin pour, après je pense que, il s'était posé la question sur notre logiciel informatique, on a un des petits encarts, c'est ce que je disais tout à l'heure et on en a un qui se met en rouge quand les gens ils viennent et qu'ils ont été en contact BHRE. Je disais le truc c'est que ce serait bien qu'on ait un peu le même principe donc si c'est un truc qui ne s'enlève pas ça en fait une fois que ça y est, ça reste rouge. Et il nous faudrait un peu le même principe un petit encart comme ça avec juste écrit dedans allergie en rouge, comme ça on sait qu'ils y sont. Et après on aurait plus que nous à aller chercher parce qu'il faut aussi aller chercher l'information et pas juste de se contenter de faire « tiens il est allergique, c'est bien » si tout est spécifié dans l'encart ce n'est pas forcément une bonne chose mais

au moins que ça nous ... Après j'ai changé de service donc je ne sais pas, mais je n'ai pas l'impression que c'était franchement possible. Mais on s'est posé la question euh après je pense que là si on avait réussi à faire le, l'entretien d'accueil euh plus vite, dès qu'elle est montée, ce qu'on a pas pris le temps de faire parce que la dame elle a voulu aller prendre sa douche avant, on l'a laissé aller prendre sa douche et après elle a été douloureuse donc euh ...

- **ESI** : C'était avant l'opération ?

- **IDE 1** : Bah c'est une dame qui est montée qui avait des douleurs, des douleurs abdos, elle est montée des urgences euh bien, elle a fait son transfert toute seule. Elle était restée un petit moment euh aux urgences elle avait envie de prendre une douche, ce qui s'entend. Après elle était bien, on s'est dit bon bah ... On l'a laissé prendre sa douche, on ira la voir après, mais le fait est que après euh je ne sais pas si la douleur est revenue et quand on est, quand elle a sonné et qu'on est retourné la voir, elle cotait une douleur à neuf, dix. On ne peut pas la laisser douloureuse comme ça donc on a squeezé cette étape du recueil, de l'entretien d'accueil et puis bah ça a été je pense la première erreur finalement de l'erreur médicamenteuse, de ne pas avoir fait l'entretien d'accueil.

- **ESI** : Mmm, euh et euh du coup au niveau du côté patient, est-ce que pour un patient ayant des antécédents d'erreurs médicamenteuses, est ce que la prise en soin est plus difficile ?

- **IDE 1** : Elle peut. Elle peut au départ, enfin ça, les gens ils ont perdu confiance en, je pense que suite à une erreur médicale, ils ont perdu confiance en l'équipe médicale générale, enfin d'une façon générale.

- **ESI** : Que ce soit médecin, aide soignant ...

- **IDE 1** : Ce n'est pas forcément sur la personne qui a fait l'erreur, c'est sur le corps médical dans son ensemble et il faut aussi réussir à regagner cette confiance. Après, je pense que c'est, ils arrivent méfiant mais si, si on arrive à, à les mettre en confiance, à les rassurer, à leur expliquer ce qu'on fait pourquoi on le fait comment on le fait et euh bah déjà mettre le médicament, repartir, ne pas laisser le temps aux gens. Je pense que c'est des gens avec qui il faut prendre peut-être un peu plus le temps d'expliquer ce qu'on fait pour que justement ils se sentent rassurés. Qu'ils aient confiance et puis justement regagner leur confiance, pour qu'ils acceptent les soins et tout ça. Après c'est pareil je pense que tout dépend de la gravité de la ...

- **ESI** : Oui et puis des conséquences.

- **IDE 1** : Des conséquences qu'ils ont eu dans leur vie quotidienne et voilà. Il y a tellement d'erreurs, je pense, possibles. Enfin là on parle des erreurs médicamenteuses mais ça peut-être des erreurs chirurgicales ça peut-être ...
- **ESI** : Oui, du coup là plus de l'ordre médical.
- **IDE 1** : Voilà et je pense que c'est, tout dépend voilà des conséquences qu'ils ont eu les gens après les retentissements voilà dans leur quotidien en fait.
- **ESI** : Tout à fait. Et euh dans, avec cette patiente-là, est-ce que la relation avec cette patiente a changé par la suite ?
- **IDE 1** : Bah vu que, on ne s'est pas trop vanté de lui dire qu'elle avait eu de la morphine au départ. Moi je n'ai pas eu de, la relation de confiance elle n'a pas été entachée parce que voilà. Malheureusement elle est partie je sais pas ce qui a, si elle a eu un, un papier lui expliquant qu'il fallait qu'elle prenne un rendez-vous avec un allergologue. Parce que c'était ça qu'on s'était dit beaucoup avec notre cadre. C'est que fallait pas que, fallait qu'on sache en fait à quoi vraiment elle était allergique cette dame, parce que mon erreur nous a montré que a priori elle n'était pas allergique à la morphine. Sauf que pour la dame, ça serait quand même intéressant de savoir si oui ou non elle peut en prendre. Parce que bon là son épisode était terminée, mais elle n'est pas à l'abri de, dans sa vie futur d'avoir d'autre contact, et d'autres besoins de peut-être des antalgiques puissants. Et euh, c'est vrai, ça c'est un truc, c'est pénible de pas savoir en fait. Est ce que bah, parce que avec les roulements qu'on a bah on est pas forcément présent quand les gens s'en vont. Et je ne sais pas ce qui vraiment euh ... Si on a réussi à lui trouver, enfin à lui expliquer qu'il fallait qu'elle retourne voir l'allergologue. Parce que pour beaucoup de gens ils disent qu'ils sont allergiques, et en fait ils sont intolérants.
- **ESI** : Oui, donc c'est deux choses différentes.
- **IDE 1** : C'est deux choses différentes, mais pour nous c'est clair, relativement. Pour les gens beaucoup moins. Et est-ce que du coup c'était euh, une intolérance, elle avait été nauséuse ou après avoir pris de la morphine a priori non parce que ce qu'elle présentait c'était plus une éruption cutané. Mais euh, c'est difficile donc je ne sais ça par contre. Donc moi dans ma relation aux soins forcément bah euh, j'ai fais beaucoup plus attention à ce que je lui donnais comme médicament parce que on garde ça dans un coin de notre tête. Mais dans la relation sinon non y'avait pas eu de répercussion particulière.
- **ESI** : Parce que, elle a su au final qu'on lui avait donné ?

- **IDE 1** : Je ne suis pas sûre qu'elle l'ait su.
- **ESI** : Elle l'a peut-être pas compris ?
- **IDE 1** : Ouais elle a pas compris, parce que je lui ai donné, je lui ai dit le nom du médicament.
- **ESI** : Ouais.
- **IDE 1** : Donc nous on sait quelle classe il fait parti.
- **ESI** : Mais sait-elle ?
- **IDE 1** : Mais elle je ne suis pas convaincue qu'elle ait fait le lien entre le nom du médicament que je lui ai donné, et le fait que ce soit un dérivé morphinique.
- **ESI** : Ouais, d'accord ouais donc elle n'a pas su.
- **IDE 1** : Je suis pas convaincu qu'elle ait su vraiment que, on lui avait donné quelque chose qui potentiellement était allergisant pour elle.
- **ESI** : Et par la suite, quand on lui demandait euh, les surveillances, du coup on devait forcément la voir ...
- **IDE 1** : Bah le fait qu'elle avait été douloureuse je pense qu'elle a, ma collègue elle a été la voir, elle a été re-douloureuse plus tard dans la nuit donc ma collègue lui a donné d'autres médicaments euh, elle lui a donné de l'acupan je crois et elle était malade avec l'acupan donc en fait elle retournait la voir hyper souvent mais c'était à cause de l'acupan. Parce que ça a été instantané après l'acupan, elle cotait bien, elle a été euh elle était nauséuse, pas des signes d'allergie.
- **ESI** : Des signes d'intolérances ?
- **IDE 1** : Mais des signes plus, enfin voilà, elle a eu du mal avec l'acupan ça s'est pas voilà, enfin ouais une intolérance enfin voilà quoi. Mais du coup on a été la voir parce qu'elle était nauséuse. Donc la surveillance elle s'est faite en même temps mais je ne pense pas que cette dame elle s'en soit rendue compte et du coup ça n'a pas entaché non plus sa confiance en l'équipe.

- **ESI** : D'accord, et du coup je vais finir avec cette question-là. Pour vous, si on imagine qu'elle ait su tout ça, qu'est ce que ça peut changer dans la relation avec le patient ?

- **IDE 1** : Bah ça change, bah déjà je pense que si elle avait su, elle aurait eu déjà moins confiance en moi déjà premièrement, parce que c'est moi qui lui ai donné euh, c'est moi qui lui ai donné le mauvais médicament. Et puis je pense que du coup, après les gens sont aussi suspicieux de ce qu'on leur donne en fait.

- **ESI** : Ouais, c'était une patiente âgée.

- **IDE 1** : Nan. Nan, nan, elle avait une cinquantaine d'années la dame. Oui donc cognitivement elle était très très bien elle était tout à fait apte à comprendre. Après, je pense qu'en lui expliquant la situation elle aurait pu effectivement comprendre que, c'est pas ... Enfin voilà, on ne fait jamais les erreurs volontairement. On a pas envie de l'empoisonner la dame euh non. Mais euh, elle aurait pu comprendre. Mais je pense que ça reste après tout euh ... c'est très stressant pour les gens après tout. Je pense que des gens qui sont allergiques et qui ont déjà fait une réaction allergique je pense que ça doit être stressant. Et de se dire que et bien ça aurait pu recommencer juste parce que bah l'infirmière elle n'a pas fait attention à ce qu'elle a fait ou elle n'a pas fait attention à quelque chose. Même si il y avait une relation de confiance avant, je ne suis pas sûre qu'on arrive à la regagner. Alors après elle aurait pu garder la confiance dans le reste de l'équipe mais je pense que c'est une relation de patient, personnel.

- **ESI** : Ouais.

- **IDE 1** : Enfin de personne à personne, qui je pense, aurait été impossible à regagner euh vraiment.

- **ESI** : OK.

- **IDE 1** : Enfin voilà, quelqu'un qui est apte, elle aurait été apte à comprendre je pense qu'on lui explique elle aurait pu comprendre. Mais oui après je pense qu'on ne peut pas recréer le lien qui était présent avant l'erreur. Le lien de confiance.

- **ESI** : Donc, pas durant cette hospitalisation-là ?

- **IDE 1** : Pas durant cette hospitalisation-là toujours. Après sur le fait je pense que oui. A distance après peut-être et puis les gens, est-ce qu'ils se rappellent tous forcément de qui était là .. Bon sur une erreur oui mais après il y a beaucoup enfin de ... même si on n'est pas une grosse équipe les gens ils voient beaucoup de monde malgré tout sur euh , sur leur

hospitalisation donc euh ... Je ne sais pas ...

- **ESI** : D'accord, et bien merci beaucoup.
- **IDE 1** : Et bien de rien.

III - Retranscription entretien N°2

- **ESI** : Donc, ma première question, selon vous, quelle est la nature des erreurs qu'on peut, que peut faire une infirmière dans sa pratique quotidienne?
- **IDE 2** : Oh la, il y en a beaucoup ! Alors, l'erreur d'un diagnostic infirmier, l'erreur dans la distribution des médicaments, l'adaptation des pansements. On peut tellement faire des erreurs que ... Le respect des prescriptions.
- **ESI** : Ouai au niveau des doses ...
- **IDE 2** : Des dosages, des molécules aussi que c'est vrai qu'avant le passage aux génériques. Enfin moi qui suis de l'ancienne génération. C'est une gymnastique. Moi, j'ai appris en DCI en fait, je n'ai pas appris la molécule.
- **ESI** : Oui.
- **IDE 2** : Donc, c'est vrai que des fois, il faut reprendre le tableau parce que nous on n'a pas appris comme ça. Donc, ces erreurs-là, diagnostic infirmier. On va dire les prescriptions. Et puis, dans les actes, les actes techniques aussi, des erreurs de bah euh ... Si on te demande de piquer en artériels ou en veineux, par exemple, ça, ça peut être une erreur aussi. Euh sinon, toi, tu veux plus le général ou plus le médicament ?
- **ESI** : Euh, d'une manière générale là, et puis après je vais ...
- **IDE 2** : Oui voilà et puis après ...
- **ESI** : Je vais axer.
- **IDE 2** : Ça c'est les principales je pense.
- **ESI** : Oui, si on a fait le tour.
- **IDE 2** : Voilà, je pense que on a fait le tour.
- **ESI** : Et donc ensuite, qu'est ce que l'erreur médicamenteuse pour vous ?
- **IDE 2** : Alors l'erreur médicamenteuse ça peut être une erreur déjà de prescription du médecin. Après ça peut être une erreur de molécule, de dosage, d'administration, de forme

galénique aussi. Euh après de traçabilité aussi.

- **ESI** : D'accord, est-ce que vous avez déjà fait une erreur médicamenteuse ?
- **IDE 2** : Euh Oui.
- **ESI** : Et euh est ce que vous êtes d'accord pour en parler, développer ?
- **IDE 2** : Oui, j'en ai fait plusieurs même. L'erreur, celle que j'ai fait le plus on va dire, on va partir là. Sur les antivitamine K, parce que nous dans le service en fait euh la vitamine K, est donnée le soir et n'est pas préparée par l'infirmière qui prépare le pilulier la nuit. Donc, le patient il a son INR qui est prélevé le matin, et c'est à nous en fait d'interpeller le médecin pour réajuster euh ... l'AVK.
- **ESI** : Oui.
- **IDE 2** : Donc, c'est vrai que moi ça m'est arrivée parfois de partir dans mon tour et ne pas avoir fait attention à mon bilan. Enfin normalement, c'est le médecin qui devrait ... Mais bon voilà ... De pas avoir rectifié, enfin de ne pas avoir sollicité le médecin pour rectifier le dosage de la prescription de l'AVK. Donc, ça fait partie des erreurs.
- **ESI** : Oui bah oui, tout à fait.
- **IDE 2** : Euh ... De se tromper de patient, ça, ça m'est arrivée aussi. Voilà, donc nous, on a une procédure qui est faite, on doit appeler le médecin. Puis après on évalue bah, ce qu'il y a à mettre en oeuvre ...
- **ESI** : Ouais, la procédure.
- **IDE 2** : La procédure à suivre ... Voilà. Plus les erreurs médicamenteuses, en général, elle est plus sur l'administration per os que sur de l'IV. En général tu es plus, plus attentionnée je pense.
- **ESI** : Sur l'IV ?
- **IDE 2** : Ouais sur l'IV, sur euh ... Ouais. Enfin, je ne pense pas avoir fait d'erreurs IV. Ou je les ai pas vues. Mais je pense qu'on est plus, enfin ... Moi, j'ai fait des erreurs de l'administration de comprimés ça c'est clair.
- **ESI** : Ouais et euh ...

- **IDE 2** : Et nous on doit tracer en fait.
- **ESI** : Faire des événements indésirables ?
- **IDE 2** : Ouais, donc on fait une feuille euh ... une feuille d'amélioration de la qualité. Et canalisée après en cellule qualité. Euh ... par exemple, ça permet aussi de retracer bah si l'infirmière a une charge en soins qui est trop importante, par exemple, bah que là, le médecin a beaucoup travaillé là-dessus. Que le médecin va lui aussi voit les, enfin il a les alertes, mais il ne s'en occupe pas. Sur les biologies pour rectifier les AVK. En fait, on a fait tout un travail là-dessus.
- **ESI** : D'accord ouais il y a eu toute une procédure.
- **IDE 2** : Ouais, il y a eu toute une procédure qui est faite et euh ... après, on se doit d'avertir le patient ou la famille. Moi, j'ai jamais vu que ça a été fait. Mais ça, c'est dans la procédure, mais on ne le fait pas. On s'arrête, à ... Bah qu'on a prévenu le médecin, et puis la conduite à tenir quoi.
- **ESI** : D'accord.
- **IDE 2** : On s'arrête à ça.
- **ESI** : Ensuite, si on part sur une erreur, sur un cas d'erreur, par exemple, bah les AVK, ou se tromper de patient. Quelles conséquences a eu cette erreur pour vous, personnellement et professionnellement ?
- **IDE 2** : Ben ... on se remet en question, on se dit qu'on va trop vite. Enfin moi, pour ma part, c'est ce que je me suis dit qu'en fait, on va trop vite. Et puis, bah l'erreur est vite arrivée.
- **ESI** : Ouais.
- **IDE 2** : Bah on fait une erreur, bah voilà c'est fait le patient il a mangé le médicament. Voilà. Les euh, bah on se remet en question quoi sur de notre organisation aussi.
- **ESI** : Sur l'organisation euh ...
- **IDE 2** : Mmm, donc nous, pourtant, on a un double contrôle, en faite le pilulier est fait la nuit, par l'infirmière de nuit. Et euh ... quand on est du matin, on commence à six heures et demie bah on n'a pas le temps de Enfin il y a trente lits, donc là on, je suis. Donc on n'a pas le temps de vérifier tous les piluliers. Donc on vérifie au moins l'administration et la validation. Et quand on est du soir euh ... Moi, je vérifie les piluliers en début d'après-midi. Et c'est vrai

que là, ben, j'ai moins de risque d'erreur, puisque j'ai eu le temps de bien vérifier tous les piluliers. Que le matin, ben il suffit qu'on ait une interruption de tâche. Ben c'est, ça peut vite arriver quoi.

- **ESI** : Oui.
- **IDE 2** : Voilà. Et nous, on essaye d'être vigilant, parce qu'on a trois chambres doubles. Et les erreurs, elles sont toujours là en fait ...
- **ESI** : Sur les chambres doubles ?
- **IDE 2** : Ouais, sur les chambres doubles
- **ESI** : On a donné le traitement de la personne de la porte à au patient côté fenêtre et ...
- **IDE 2** : Voilà c'est ça, c'est exactement ça.
- **ESI** : Bah oui c'est vrai que c'est ...
- **IDE 2** : Ouais, c'est ça. Autrement dans, ouais les erreurs ressortent toujours là en fait, dans les chambres doubles.
- **ESI** : Est-ce que ça a un impact personnel, émotionnel sur vous, en tant que personne ou en tant que professionnelle ?
- **IDE 2** : Oui, ben oui, parce que on a quand même pas donné le bon médicament donc euh ... Ben moi, je sais que ça me travaille que ...
- **ESI** : Ouais la nuit ou quand vous rentrez chez vous, vous avez du mal à sortir euh ...
- **IDE 2** : Euh ... Oui, ben on y repense pendant plusieurs jours quoi, même si le médecin, enfin chez nous, en règle générale le médecin est, il dit ben c'est pas grave, c'est pas quelque chose très ... qui a eu de l'impact.
- **ESI** : Ou qui a eu des conséquences euh ...
- **IDE 2** : Oui, mais voilà, c'est vrai qu'on se remet en question sur nos pratiques quoi. Et puis comment on peut les améliorer.

- **ESI** : Et euh, du coup il y a des choses mises en place, mises en place derrière. Et vous, comment vous avez amélioré votre pratique suite à ... ?

- **IDE 2** : Ben sur le double contrôle en fait.

- **ESI** : Le double contrôle, donc la veille avec les piluliers faits la veille, puis avant de donner aux patients.

- **IDE 2** : Ouais, moi, je suis plus à l'aise sur les piluliers d'après-midi parce que je sais que j'ai le temps de les contrôler plus de temps que le matin quand on commence à six heures et demie. Ben on commence notre tour et la distribution c'est, ben c'est plus rapide. C'est plus rapide, il y a des tensions à prendre, il suffit qu'il y ait des biologies à terminer. Des bons à mettre en même temps, il suffit qu'un patient qui fasse un malaise en même temps.

- **ESI** : Il y a plus d'interruptions de tâches.

- **IDE 2** : Voilà. Il y a plus d'interruptions de tâches que le soir euh ... ben je sais que ce que j'ai contrôlé voilà, je peux le donner pas les yeux fermés, mais euh, parce qu'on peut se tromper de chambre ou de patient. Oui, mais voilà, c'est fait. Que le matin, ça me ... Je suis plus en stress en fait, de ça, la distribution.

- **ESI** : Et euh du coup, vous avez vous le matin, c'est plus source d'erreur du coup par rapport à une tâche. Et du coup, les erreurs que vous avez faites, vous avez réussi à les accepter, à améliorer votre pratique par rapport à ces erreurs. Et du coup, par quels moyens vous avez réussi à ?

- **IDE 2** : Ben en fait, quand on, moi quand je fais mon tour le matin, j'essaye de me mettre dans ma bulle quoi. D'être euh ... Enfin quand je vérifie si on me demande quelque chose, je vais facilement demander de, je dis à l'aide soignante : « bah attend je contrôle mon pilulier ». Et puis bah les filles voilà elles le savent, enfin moi je fonctionne comme ça.

- **ESI** : Oui bah oui, c'est propre à chacun.

- **IDE 2** : Mais euh, ouais moi je, ça c'est quelque chose euh ... Des fois je dis : « je ne distribue pas des smarties, bah les filles vous attendez », voilà. A la limite si je suis interrompue parce que bah voilà il y a un patient qui est en détresse respi. Bah je reviens là, je recommence à zéro.

- **ESI** : D'accord.

- **IDE 2** : Je continue pas un pilulier que j'ai pas, enfin que j'ai commencé à vérifier en fait.
- **ESI** : Vous reprenez de zéro, vraiment pour être sûre et que l'interruption de tâche n'impacte pas la tâche que vous étiez en train de faire.
- **IDE 2** : Ouais, je reprends. Parce que nous le tour fin le matin même, le soir, à une heure et demie, une heure quarante cinq de distribution quoi. Pour trente patients.
- **ESI** : Vous êtes dans quel service ?
- **IDE 2** : Moi c'est un SSR.
- **ESI** : SSR, ok.
- **IDE 2** : Avant on était une unité de médecine, sauf qu'on a perdu nos lits de médecine, enfin c'était de la médecine gériatrique. On a des soins palliatifs aussi.
- **ESI** : Ouais.
- **IDE 2** : Donc euh, c'est sur deux étages. Donc oui, enfin voilà, il faut être concentré quoi. Et c'est vrai que, enfin le matin moi ça me met toujours plus en stress que le soir.
- **ESI** : Ouais, d'aller travailler le matin, la peur d'un jour faire une erreur qui a des conséquences ?
- **IDE 2** : Ouais, c'est qu'on a moins de temps quoi. Puis le matin bah c'est vrai que c'est après la nuit, des fois les gens ils ne sont pas bien. La nuit, on ne l'a peut être pas forcément vu, pas par manque de surveillance, mais parce que les gens ne se manifestent pas. Puis, c'est quand tu fais ta sat que tu te dis bah il est à soixante dix. Ça enchaîne plein de choses après. Puis après il y a tous les autres médicaments. Je trouve que c'est plus stressant le matin que le soir. Alors qu'il y a autant de médicaments à distribuer, mais euh, les tâches autour sont pas les mêmes.
- **ESI** : Oui. Puis, il y a plus de, oui il y a plus de tâches autour, les tensions le matin.
- **IDE 2** : Ouais, il y a plus de tâches techniques autour.
- **ESI** : Avant de distribuer un antihypertenseur, vérifier la tension.

- **IDE 2** : Voilà, c'est ça. Que le soir, même s'il y a les tensions à surveiller euh ... Bah j'ai plus en tête parce que bah les médicaments bah je les ai déjà vus.
- **ESI** : C'est des plus gros traitements le matin aussi souvent.
- **IDE 2** : Ouais souvent oui.
- **ESI** : Que l'après-midi c'est plus euh ...
- **IDE 2** : C'est la continuité quoi. C'est plus euh ... Ouais les gros traitements c'est plus le matin en général. Mais, nous on a des administrations de Chimios aussi.
- **ESI** : Oui, pour les soins palliatifs.
- **IDE 2** : Ouais, ou même des gens qui sont en soins de suite et on a pas mal de chimio per os. Et euh ... Et maintenant, on a fait le choix, en fait, de les décaler du matin, on les donne à dix heure. Comme ça c'est ...
- **ESI** : Pour éviter l'interruption de tâches ?
- **IDE 2** : Ouais pour éviter les erreurs.
- **ESI** : Parce qu'il y a eu des erreurs par rapport ça ?
- **IDE 2** : Ouais il y a eu des des erreurs oui.
- **ESI** : Et les patients, l'ont su que ?
- **IDE 2** : Non.
- **ESI** : Non ?
- **IDE 2** : Non, non.
- **ESI** : Donc personne ne l'a ...
- **IDE 2** : Non, non ... Il y a eu des erreurs de dosage et d'administration.
- **ESI** : Et ça a eu des conséquences au niveau du ... ?

- **IDE 2** : Non. Il n'y a pas eu de conséquences pour le patient.
- **ESI** : Ouais.
- **IDE 2** : C'est vrai que ben, ça a été euh ... En commission qualité bah en fait on a décidé de décaler les administrations de chimios pour qu'on puisse avoir euh ...
- **ESI** : Pour limiter les erreurs ?
- **IDE 2** : Ouais voilà et améliorer et expliquer aux patients aussi parce que ce n'est quand même pas, pas la même chose. Nous qu'on prenne aussi des précautions aussi de mettre des gants. Enfin voilà il y a plein de choses à faire.
- **ESI** : Bah oui, c'est tout un protocole.
- **IDE 2** : C'est pas pareil parce qu'avant c'est vrai qu'on distribuait un peu les chimios en même temps que tout et euh ...
- **ESI** : C'est pas des vitamines quoi ...
- **IDE 2** : Ouais voilà c'est ça. Je ne trouvais pas ça, même pour le patient quoi, si il a besoin de plus de temps aussi. Enfin tu ne distribues pas une chimio comme ça ...
- **ESI** : Ouais, peut être de parler ...
- **IDE 2** : Ouais voilà c'est ça c'est ça que comme un diffu K ou un efferalgan, c'est pas la même chose.
- **ESI** : Tout à fait.
- **IDE 2** : Donc là, on a fait ce choix-là, en équipe infirmière, de décaler à dix heure pour qu'on puisse, bah voilà, prendre le temps.
- **ESI** : Pour améliorer votre pratique.
- **IDE 2** : Pour améliorer les pratiques ouais. Ce qui peut aussi, j'ai oublié quelque chose parfois aussi et les comprimés de seize heure, euh ... les comment ? euh ... tout ce qui est modopar pour les, pour le Parkinson, souvent les prises, huit heures, enfin c'est précis quoi. Et c'est vrai que malgré que tu vérifies ton pilulier, il est quatorze heure quoi, quand des fois tu dis « oh la la j'ai oublié la prise de seize heure » enfin, c'est plus dans ces horaires-là, il

faut être vigilant.

- **ESI** : La règle des cinq B, Bon moment ...
- **IDE 2** : C'est ça. Ca des fois, ça m'est arrivé de dire « oh la il est huit heures et demie et euh ... ». Donc là bah tu re-grattes, enfin moi c'est ce que je fais sur le modopar je re-gratte un quart d'heure à vingt heures.
- **ESI** : Et puis vous re-décalez ?
- **IDE 2** : Et puis après tu redis à ta collègue de re-décaler et euh ...
- **ESI** : D'accord. Ensuite, un patient ayant des antécédents d'erreurs médicamenteuses. Est ce que c'est une prise en soin plus difficile ?
- **IDE 2** : Euh ... Oui, parce que bah il ne faut pas que ça recommence quoi. Donc il faut être plus vigilant.
- **ESI** : Même lui par exemple, est ce qu'il ne va pas être euh ... « ah vous êtes sûr que c'est le bon médicament ? Ah bah j'ai pas pris ça la dernière fois ... ».
- **IDE 2** : Oui, lui pose plus de questions aussi, c'est normal.
- **ESI** : Plus méfiant et au niveau de l'alliance thérapeutique, peut-être plus difficile à construire ?
- **IDE 2** : Bah pour lui oui, il y a plus de méfiance quoi. Parce qu'il y a des patients, le patient quand il est au courant d'une erreur médicamenteuse c'est que lui il l'a eu en général. Parce que c'est comme ça que ça se passe. Si lui il dit « bah vous êtes sûr » et puis toi bah t'es obligé de vérifier et puis tu te rends compte que ce n'est pas le bon truc. Bah après c'est vrai que le lendemain il ne te regarde pas pareil. Ce qui est normal, ce qui est normal.
- **ESI** : Et du coup au niveau des patients, du coup ils ne savaient pas les personnes sur lesquelles il y a eu des erreurs médicamenteuses ?
- **IDE 2** : Bah sauf les patients, il y a des patients qui maîtrisent vraiment bien leur traitement.
- **ESI** : Oui, et puis qui savent mieux que nous ...
- **IDE 2** : Mieux que nous leurs traitements. Et c'est normal, ça leur appartient. Et c'est ces patients-là en fait, après il faut leur réexpliquer les choses euh ... Prendre le temps et puis

déculpabiliser parfois. Enfin moi, je n'ai plus vécu ça. Une collègue qui s'est trompée euh ... bah il est un peu, il est pas content, hein. C'est normal. Donc, après notre rôle aussi, c'est pas d'accabler les collègues, et d'expliquer voilà, c'est peut être pour ça. Pour, pour regagner la confiance aussi quoi. Ça fait partie, on fait tous des erreurs donc euh ...

- **ESI** : Tout à fait. Et du coup, les patients sur lesquelles il a eu des erreurs médicamenteuses dans la SSR, est-ce que la relation après, même si lui ne le savait pas. Votre relation a changé avec lui ? Est-ce que vous étiez peut-être plus vigilants ? Est-ce que vous ... Enfin ...
- **IDE 2** : Oui, certainement.
- **ESI** : Oui, vous avez ressenti que vous étiez plus ? Oui ...
- **IDE 2** : Ben oui, oui, oui. Oui oui.
- **ESI** : D'accord. Pour vous, comment se construit la relation de confiance avec un patient ?
- **IDE 2** : Bah dans l'échange et puis, ça dépend aussi si on l'a l'accueilli, le patient.
- **ESI** : Ca joue ça ?
- **IDE 2** : Oui, moi j'en, enfin j'en suis convaincue maintenant. Quand on accueille, enfin quand on fait notre recueil de données à l'entrée avec le patient. Bah il nous étale sa vie quelque part aussi. Quand on prend tous ses besoins qui sont perturbés et euh ... On a une relation euh ... plus approfondie avec lui, et il va nous dire plus de choses. Et souvent, j'ai remarqué ça, que les choses difficiles vont être dites à la personne qui l'a accueilli.
- **ESI** : Parce qu'on a pris plus de temps avec lui au départ ?
- **IDE 2** : Ouais voilà. On est, enfin quand on l'accueille, on fait notre recueil de données. Euh bah, on est vraiment assis à côté de lui. Enfin parce que c'est vrai que souvent on est un peu speed hein. Et le patient, bah on est un peu sa référence en fait.
- **ESI** : A qui il va oser se confier.
- **IDE 2** : Ouais. S'il y a une anxiété quelconque, ouais. Et je pense que nous aussi, on s'arrête plus avec un patient, qu'on a accueilli qu'avec un patient qu'on connaît moins. On a bien lu les transmissions, mais c'est pas la même chose que quand tu as accueilli ton patient tu es dans l'échange quoi, l'échange concret. Et puis après nous, c'est plus une relation, quand on fait de l'accompagnement en soins palliatifs, euh ... c'est plus une relation qui se crée avec

l'entourage, puis la famille. Pour accompagner le patient. Et euh, enfin pour moi c'est les relations les plus fortes en soins palliatifs.

- **ESI** : Parce qu'on prend plus le temps ?
- **IDE 2** : On prend plus le temps. Et puis bon, on est quand même sur la vie, la mort, enfin, les problèmes familiaux. Tout ressort !
- **ESI** : Oui et puis c'est une prise en charge beaucoup plus globale que ...
- **IDE 2** : Ouais beaucoup plus globale et puis beaucoup plus proche aussi.
- **ESI** : Oui.
- **IDE 2** : Parce qu'on est sur des soins de confort. On n'est plus sur du soins techniques et euh ... bah on est plus proches. Enfin on touche plus la personne, euh ... enfin, il faut accepter de se faire toucher. Enfin voilà, c'est ... pour moi, ce n'est pas qu'une relation verbale, il y a le toucher qui va avec, les émotions euh ...
- **ESI** : Les cinq sens ?
- **IDE 2** : Ouais voilà, c'est ça qu'on partage. Enfin même parfois quand il y a des décès. Enfin moi ça m'arrive des fois. Si je suis, j'ai été plus sensible, ou touchée par les personnes. Ça m'est arrivé de pleurer avec eux et c'est pas pour ça que je repars chez moi et que je suis mal mais ...
- **ESI** : Oui c'est sous l'émotion.
- **IDE 2** : Voilà, c'est le partage de la vie quoi.
- **ESI** : Oui c'est un échange, complet.
- **IDE 2** : Et pour moi, c'est ce qui est plus riche ! Parce que des fois on me dit « ouais tu travailles avec des soins palliatifs, bah ça doit pas être drôle » et en fait non, parce que c'est une vraie relation ...
- **ESI** : La confiance est vraiment présente plus que ...
- **IDE 2** : Ouais, bah plus qu'une convalescence suite à une prothèse ou euh ...

- **ESI** : Ou il y a à peine le temps de construire quelque chose que le patient repart peut être ?
- **IDE 2** : Ouais, et puis on est plus sur un soin technique, que relationnel. Enfin, il y a les deux. Que dans le soin palliatif, il y a un peu de technique, de nursing, mais on est plus sur la relation. Et c'est des choses plus fortes.
- **ESI** : Le soin passe par la relation construite ?
- **IDE 2** : Voilà, ouais plus encore.
- **ESI** : D'accord. Bon bah j'ai fini mes questions. Merci.

IV - Tableaux d'analyse

A) Tableau 1

Thème	L'erreur médicamenteuse	
Objectif 1	Définir les erreurs médicamenteuses par les professionnels	
Classification	<p>Facteurs de risque d'erreurs</p> <p>- Interruption de tâche : par quelqu'un (une question d'un autre soignant ou de la famille ou quelque chose (le téléphone) pendant une préparation de traitement. IDE 1 "l'infirmière qui est interrompue pendant qu'elle est en train de travailler", "elle est en train de préparer quelque chose et puis ..." IDE 2 "interruptions de tâches" x3 (IDE2)</p> <p>-Manque de temps pour reprendre les choses + parfois une charge de travail trop importante. IDE 1 "on a pas le temps" IDE 2 "charge en soins qui est trop importante", "pas assez de temps", -"j'ai moins de risque d'erreur, puisque j'ai eu le temps"</p> <p>-Erreur de retranscription manuelle, Générique, ressemblance des packagings IDE1 "packaging", "stockage", "des formes qui sont extrêmement similaires" IDE2 "chambres doubles", "on peut se tromper de chambre" -Mauvaise connaissance du service dûe au turn over des équipes, différence entre petit CH et CHU de ville</p> <p>-Erreurs qui peuvent être dues à une mauvaise organisation du service IDE 1 "l'environnement dans lequel on travaille", "on squeeze certaine chose", "pas la même pression peut-être que dans les grands centres", "turn over", "l'urgence, la précipitation" IDE 2 "stress" x3</p> <p>IDE 1 "tout peut rentrer en compte dans une erreur médicamenteuse", "Ça peut-être très, très, très rapide et facile malheureusement", "l'erreur est humaine", "Il y a tellement d'erreur je pense possible", "on ne fait jamais les erreurs volontairement"</p> <p>IDE 2 " l'erreur est vite arrivée", "ça peut vite arriver quoi", "on fait tous des erreurs"</p>	<p>Les types d'erreurs recenser</p> <p>-Retranscription manuelle sur les planifications IDE 1 "erreur de retranscription", "mal retranscrire le dosage, la classe médicamenteuse" IDE 2 "la distribution des médicaments, l'adaptation des pansements"</p> <p>-Diagnostic infirmier IDE 2 l'erreur d'un diagnostic infirmier" -"actes techniques"</p> <p>-Distribution des traitements : respect de la règle des 5 B (Bon patient, Bon moment, Bonne voie, Bon médicament, Bonne dose) IDE 1 "bon médicament", "mauvaise personne", "erreurs de distributions" IDE 2 "erreur de molécule, de dosage, d'administration, de forme galénique"</p> <p>-Non respect de la prescription médicamenteuse IDE 2 "Traçabilité"</p> <p>-Erreur dans la prescription médicale IDE 2 "ça peut être une erreur déjà de prescription du médecin"</p>

B) Tableau 2

Thème	Les répercussions des erreurs médicamenteuses		
Objectif 2	Déterminer l'impact des erreurs médicamenteuse sur le professionnel		
Classification	<p>Impact personnel / émotionnel du soignant</p> <p>-Ne l'a pas mal vécu car la patiente était bien IDE 1 "je ne l'ai pas mal vécu dans le sens où la dame elle, je suis partie, elle était bien" "j'étais pas relativement rassurée" "oui ça m'a travaillée le temps de rentrer à la maison", "Ca reste dans un coin de ma tête", "le fait qu'il n'y ai pas eu de conséquence je le vis bien" IDE 2 "moi, je sais que ça me travaille", "on y repense pendant plusieurs jours", "ça me travaille"</p> <p>-Tout dépend de l'erreur et des conséquences IDE 1 "ça dépend de la faute, ça dépend de l'erreur", "ça doit marquer"</p> <p>-Notion de "déculpabiliser" évoquée par IDE 2</p> <p>-Dépend du jugement que l'on a de soi même IDE 1 "ça dépend aussi de comment soi on se juge"</p>	<p>Impact professionnel</p> <p>-Tout dépend de l'erreur et des conséquences IDE 1 "traumatisant dans la pratique" "dépend de l'équipe", "contexte de l'équipe", "il y a des conséquences immédiates ou difficiles", "ça dépend de la faute, ça dépend de l'erreur" IDE 2 "on va trop vite", "on se remet en question" x2</p> <p>-L'équipe, confiance dans l'équipe IDE 1 "relation de confiance dans l'équipe", "on se connaît" "on a confiance en la pratique de l'autre", "c'est la première question que j'ai posée. "Comment ça c'est passé ?", "pas de jugement" IDE 2 "pas d'accabler les collègues", "le médecin est, il dit ben c'est pas grave, c'est pas quelque chose très ... qui a eu de l'impacts"</p> <p>-Dépend de comment on se juge soi même : peut avoir l'impression d'être jugée par ses collègues IDE 1 "avoir l'impression de les autres la jugent mal"</p>	<p>Modification de la pratique et moyens utilisés</p> <p>-Protocoles, communication IDE 1 "notre organisation", "ça sert aussi à éviter de reproduire ce genre de chose", "on arrive à en parler ensemble", IDE 2 "comment on peut les améliorer", "on se doit d'avertir le patient ou la famille. Moi, j'ai jamais vu que ça a été fait", "il y a eu toute une procédure qui est faite", "comment on peut les améliorer", "on a fait ce choix là, en équipe infirmière"</p> <p>-Commission qualité, afin d'améliorer les pratiques des professionnelles et éviter que la même erreur se reproduise, organisation du service revu, avec le cadre, en équipe soignante, des solutions sont recherchées IDE 1 "travaille ensemble", "cadre du service", "c'est constructif" IDE 2 "il y a eu toute une procédure qui est faite", "une feuille d'amélioration de la qualité", "commission qualité", "organisation", "améliorer les pratiques"</p> <p>-Chercher des solutions, questionnement comment on peut s'améliorer IDE 1 "transmissions", "équipe", "logiciel informatique", "chercher l'information", "entretien d'accueil" IDE 2 "je recommence à zéro", "Je continue pas un pilulier que j'ai pas, enfin que j'ai commencé à vérifier en fait", "de les décaler du matin, on les donne à dix heure", "tu vérifies", "contrôler", "me mettre dans ma bulle", expression verbale ("je dis"), "double contrôle" x2</p>

C) Tableau 3

Thème	Les répercussions des erreurs médicamenteuses			
Objectif 3	Identifier l'impact de l'événement "erreur" sur une relation de confiance avec le patient			
Classification	<p>Le changement dans la relation avec le patient</p> <p>-La relation n'a pas changé car patiente pas au courant, sinon relation changeante avec la personne ayant fait l'erreur IDE 1 "on ne c'est pas trop vanté de lui dire ... la relation de confiance elle n'a pas été entaché"</p> <p>- La confiance IDE 1 "oui après je pense qu'on ne peut pas recréer le lien qui était présent avant l'erreur en fait de confiance", "suspicieux", "ils ont perdu confiance en l'équipe" x3 IDE 2 "pose plus de questions", "il y a plus de méfiance quoi", "il ne te regarde pas pareil"</p>	<p>Prise en soins plus difficile</p> <p>-Pas de lien possible de confiance suite à l'erreur IDE 1 "tout dépend de la gravité", "des conséquences" x2", "Même si il y avait une relation de confiance avant, je ne suis pas sûre qu'on arrive à la regagner", "impossible", "ça change" "Elle peut", "Ce n'est pas forcément sur la personne qui a fait l'erreur, c'est sur le corps médical" IDE 2 "Oui", "il ne faut pas que ça recommence"</p> <p>-Anxiogène pour les gens IDE 1 "c'est très stressant pour les gens" IDE 2 "anxiété"</p>	<p>Moyen pour prendre en soins un patient ayant des antécédents d'erreurs médicamenteuses</p> <p>-Différents moyens IDE 1 "rassurer" x2, "expliquer" x2, "réussir à regagner cette confiance", "les mettres en confiance" x3, "expliquer pourquoi on le fait comment on le fait", "prendre un peu plus le temps" x2 IDE 2 "améliorer et expliquer aux patients", "il a besoin de plus de temps", "il faut être plus vigilant", "Prendre le temps", "expliquer", "regagner la confiance", "vigilance", "l'échange"</p>	<p>Construction de la relation de confiance</p> <p>-Accueil lors du recueil de données IDE 2 "j'ai remarqué ça, que les choses difficiles vont être dites à la personne qui l'a accueilli", "échange", "l'accueilli, le patient" x3, "il nous étale sa vie", "On a une relation plus approfondie"</p> <p>-Référence du patient -nous soignants on prend plus de temps avec les personnes que l'on a accueilli IDE 1 "expliquer", "rassurer", "temps" IDE 2 "on s'arrête plus avec un patient, qu'on a accueilli", "on est un peu sa référence"</p> <p>-le soin passe par la relation le toucher les émotions. (5 sens?) IDE 2 "les relations les plus fortes en soins palliatifs" "ce n'est pas qu'une relation verbale, il y a le toucher qui va avec, les émotions", "partage", "assis à côté"</p>

NOM : ROBIN
PRENOM : Alexine

TITRE : Erreur médicamenteuse et impact sur la relation de confiance. / Medication Error and Impact on Trust Relationship.

Summary : The relationship between a nurse and a patient is based on the notion of trust. Indeed, a relationship of trust in care is essential. Medication errors are relatively common in hospital services. I wondered about the influence of medication error on the relationship of trust between a nurse and a patient. I based my dissertation on the following question: How does medication error in care impact the trust relationship between a nurse and a patient in general care? In an attempt to answer my question, I conducted research to define the various concepts related to my questioning. Afterwards, I conducted interviews with two nurses to gather professional opinion on the subject. The analysis of these interviews, cross-referenced with my various readings, highlights the importance of identifying risk factors. In addition, the study shows the benefits of a relationship of trust. Finally, this work highlights the different impacts of medication error on the care giver/care receiver relationship, and its impact on the health professional.

Résumé : La relation entre un infirmier et un patient est fondée sur la notion de confiance. En effet, la relation de confiance dans les soins est indispensable. L'erreur médicamenteuse est relativement présente dans les services hospitaliers. Je me suis questionnée autour de l'influence de l'erreur médicamenteuse sur la relation de confiance entre un infirmier et un patient. J'ai réalisé mon mémoire à partir de la question suivante : En quoi l'erreur médicamenteuse dans les soins impacte-t-elle la relation de confiance entre un infirmier et un patient en soins généraux ? Pour tenter de répondre à ma problématique, j'ai effectué des recherches afin de définir les différents concepts liés à mon questionnement. Par la suite, j'ai réalisé des entretiens auprès de deux infirmières afin de recueillir l'avis de professionnels à ce sujet. L'analyse de ces entretiens, croisés avec mes diverses lectures, met en avant l'importance d'identifier les facteurs de risques. De plus, l'étude montre les bénéfices de la relation de confiance. Enfin, ce travail met en évidence les différents impacts de l'erreur médicamenteuse sur la relation soignant-soigné, ainsi que sur le professionnel de santé.

KEY WORDS : Trust, health care, medication errors, impact, benefits

MOTS CLÉS : Relation de confiance, soins, erreurs médicamenteuses, impact, bénéfices

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS du CHU de Rennes
2, rue Henri le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09
TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDES – 2020