



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes

2 rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'impact de l'erreur dans la relation de confiance entre l'étudiant et le patient :

En quoi une erreur non délétère pour le patient, commise par un étudiant lors d'un soin, peut-elle impacter la relation de confiance dans la suite de la prise en charge ?

Formateur référent mémoire : Béatrice Marchadour

SALIOU Camille
Formation infirmière
Promotion 2019-2022

2 Mai 2022



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

Travaux de fin d'études : (nom du document) MIRSI

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 ».

Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture, du (nom du document) MIRSI à dater
et à signer

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 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 13/04/2022

Identité et signature de l'étudiant : Saliou Camille

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.

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des formateurs de l'équipe pédagogique de mon Institut de Formation en Soins Infirmiers, plus particulièrement ma référente mémoire Béatrice Marchadour, ainsi que mes référentes pédagogiques Béatrice Chérel et Katia Even.

Je remercie également les deux infirmières qui ont gentiment accepté de répondre à mes questions, leurs réponses m'ont permis d'enrichir mon travail, j'ai réalisé les entretiens avec plaisir.

De plus, je tiens à remercier ma famille et mes proches pour le soutien et les encouragements durant ces trois années de formation.

Pour finir, un grand merci à ma maman pour tout le temps passé sur mes relectures et ses précieux conseils.

SOMMAIRE

I - Introduction	1
II - Le questionnement professionnel	2
1- La situation d'appel	2
2- Questionnement en lien avec la situation d'appel	3
3- La question de départ	3
III - Le cadre conceptuel	3
1- Le prendre soin	3
1.1 Définition	3
1.2 Le patient	4
1.3 L'importance de la qualité des soins pour le patient	4
2- La relation de confiance	5
2.1 Définition	5
2.2 Instauration de la relation de confiance	5
2.3 Les limites de la relation de confiance	6
3- L'erreur	7
3.1 L'erreur ou la faute professionnelle	7
3.2 L'erreur délétère	9
3.3. L'erreur non délétère	10
4- L'étudiant dans le soin	11
4.1 La formation	11
4.2 La place de l'étudiant en stage	11
4.3 L'erreur dans l'apprentissage	12
IV - Méthodologie du guide d'entretien	13
V - L'analyse descriptive des entretiens	14
1- Des critères de la relation de confiance à ses limites	14
1.1 Les conditions de la relation de confiance IDE/ patient	14
1.2 Les conditions de la relation étudiant/ patient	15
2- L'erreur et la faute, quelle différence ?	16
3- L'erreur et l'étudiant, quelle place dans le soin ?	17
3.1 L'erreur, une place de choix de l'apprentissage	17
3.2 Les différentes perceptions de l'erreur	18
3.3 Relation de confiance et erreur, quelle compatibilité ?	19
VI - Discussion	20
VII - Conclusion	25
BIBLIOGRAPHIE	27
Sommaire des annexes :	29

Annexe I : Le guide d'entretien	30
Annexe II : Retranscription entretien IDE A	31
Annexe III : Retranscription IDE B	38
Abstract	48

I - Introduction

Dans le cadre de ma formation en Soins Infirmiers, je suis amenée à réaliser un Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers. Ce travail est l'aboutissement de mes trois années d'enseignements, il m'a permis d'explorer et d'approfondir un sujet qui m'a questionné durant mes années d'études et notamment durant mes stages.

Le choix du sujet était libre. Dès le départ, j'ai ressenti le besoin de travailler sur l'erreur médicale. C'est en relisant mes analyses de situations que mon sujet s'est précisé. J'ai donc choisi de m'intéresser à l'impact de l'erreur dans la relation de confiance entre l'étudiant et le patient.

En effet, il était important pour moi d'axer le sujet de recherche sur l'étudiant car, lors de mes expériences, j'ai pu remarquer que la relation entre le patient et le soignant pouvait être différente si le soignant n'était pas diplômé. Lors de mes stages, j'ai pu commettre quelques erreurs qui m'ont fait me questionner sur la place de celles-ci dans le milieu médical : je me suis demandée comment l'erreur était perçue, et si elle avait un impact sur la relation de confiance avec le patient. Je considère que c'est un sujet trop peu abordé et qui mérite d'être exploré, d'autant plus dans un métier de soin. J'ai choisi de lier ce thème à celui de la relation de confiance, une notion fondamentale dans une profession comme la nôtre.

Pour réaliser ce travail, j'ai repris une analyse de situation que j'avais écrite au semestre 2 car c'est une situation qui m'a beaucoup marquée et qui a fait évoluer ma façon de prendre soin. Elle m'a inspiré ma question de départ et est une mise en abîme de mon sujet de recherche.

Pour débiter ce travail de recherche, j'ai commencé par créer mon cadre conceptuel. J'ai défini les termes principaux du sujet grâce à mes lectures. Dans un second temps, j'ai conçu un guide d'entretien dans le but d'aller interroger les professionnels de santé pour connaître leur avis sur mon sujet. Après l'analyse de ces entretiens, j'ai confronté les idées des livres, aux paroles des professionnels et à mes pensées. Tout cela dans le but de trouver des réponses à mon questionnement.

II - Le questionnement professionnel

1- La situation d'appel

Mon stage de semestre quatre se déroule dans un service de médecine, divisé en trois secteurs d'environ huit patients.

Mr L. est un homme de 43 ans atteint d'une endocardite infectieuse avec végétation. C'est un patient avec de nombreux antécédents : toxicomanie active, obésité, antécédents cardio-vasculaires, embolie pulmonaire, abcès sur sites d'injections de toxiques ainsi que du diabète insulino-dépendant. L'endocardite était traitée par antibiothérapie sur un Picc-Line, la végétotomie n'était pas envisagée au vu des multiples comorbidités.

Lors du tour de 20h, l'infirmière me prévient que le pansement du picc-line de Mr L. n'est pas occlusif et qu'il va falloir le refaire. Comme celle-ci savait que j'avais déjà réalisé une réfection de pansement du Picc-line, elle m'a proposé de la faire et j'ai alors accepté.

Je ne voulais pas laisser passer la possibilité de pouvoir m'entraîner sur les soins stériles. J'ai été prise au dépourvu et prise par le temps. Je n'ai pas eu le temps de me préparer correctement pour faire le soin, j'ai ressenti dans la voix de l'IDE qu'il ne fallait pas traîner. J'ai donc préparé le matériel nécessaire et nous sommes allées dans la chambre du patient vers 20h30.

Mr L. était connu par les soignants du service pour être impulsif et angoissé. Ce soir-là, le patient était agacé par la situation et aurait aimé que le pansement soit refait le lendemain, mais on ne pouvait pas risquer l'infection de la voie veineuse.

Arrivée dans la chambre, je commence par m'installer de façon ergonomique. J'ai demandé à Mr L. d'allonger son bras sur le bord du lit car le Picc se situait en haut de son bras droit. Mais, nous avons eu du mal à trouver une position confortable. Comme Mr L était en situation d'obésité morbide, il ne pouvait pas allonger son bras sans que celui-ci ne sorte du lit. Commençant à s'impatienter, il décide de mettre la barrière et de poser son bras dessus, une position qui n'était pas idéale pour réaliser le soin. Ne trouvant pas de solution et ne sachant pas comment réagir face à l'impatience de Mr je commence à réaliser le soin en stérile en suivant le protocole.

Du fait de la position du patient, le lavage en quatre temps à l'aide des compresses n'était pas évident, le bras n'étant pas le long du corps mais surélevé sur la barrière, le cathéter pendait. De ce fait, lors du rinçage ma compresse s'est prise dans le cathéter et l'a extériorisé de 2 cm. Le patient s'est alors énervé et a commencé à angoisser en nous disant : « je ne suis pas un cobaye », « je vais devoir remettre un 3ème Picc » ... De mon côté, j'étais paniquée et ne savais plus comment agir face au patient car c'était de ma faute. J'ai tout de même terminé le soin en n'étant plus sûre d'aucun de mes gestes et stressée de refaire une erreur. Je ne savais plus comment communiquer avec le patient pour pouvoir l'apaiser car de

mon côté je n'étais pas non plus rassurée. J'ai donc laissé l'infirmière qui m'accompagnait gérer la communication.

A la fin de la réfection du pansement, je me suis excusée auprès de Mr L. qui s'était calmé. Je m'en voulais terriblement et me sentais mal pour le patient, j'avais peur qu'il soit obligé de devoir repasser au bloc vasculaire.

2- Questionnement en lien avec la situation d'appel

Après cet incident, j'avais beaucoup d'appréhension pour retourner dans la chambre de Mr L. Je ne savais pas comment le patient allait m'accueillir. Je m'interrogeais énormément : quel langage adopter ? Dois-je lui reparler du soin ? Est-ce que je dois éviter de passer dans sa chambre ? Quels mots utiliser ? Finalement, l'extériorisation du Picc n'a pas eu de répercussion sur la suite des soins, il n'y a pas eu besoin de le repositionner. Malgré cette bonne nouvelle, un tas de questions se sont bousculées dans ma tête. Est-ce que le patient m'en veut ? Comment le patient va m'accueillir lors de mon prochain passage ? Dois-je prendre mes distances avec ce patient ? Est-ce que le patient sera d'accord que je réalise un nouveau soin chez lui ? Comment vais-je appréhender le pansement du Picc pour les prochaines fois ? Est-ce que le patient aura de nouveau confiance en moi ? Comment le patient aurait-il réagi s'il avait dû repasser au bloc ?

Après cet évènement, je ne suis pas retournée faire de soin chez Mr L, j'ai simplement accompagné les soignants et j'ai répondu à ses sonnettes. Lors d'un appel, je me suis de nouveau excusée et le patient m'a répondu qu'il ne m'en voulait pas.

3- La question de départ

En quoi une **erreur non délétère** pour le patient, commise par un **étudiant** lors d'un **soin**, peut-elle impacter la **relation de confiance** dans la suite de la **prise en charge** ?

III - Le cadre conceptuel

1- Le prendre soin

1.1 Définition

Tout d'abord, nous allons commencer par comprendre ce qu'est le prendre soin. Deux auteurs nous donnent leur vision.

Hesbeen Walter (1997), définit le prendre soin comme une attention singulière que l'on va avoir auprès d'une personne se trouvant dans une situation particulière. Le but est de l'aider et de l'emmener dans un état de bien-être et vers la santé. A travers la manière dont le soignant va mettre en œuvre le prendre soin, on pourra voir en lui sa représentation de la santé.

Une autre définition du prendre soin par Jean-Pierre Lehmann (2005) :

“Les uns comme les autres ne doivent jamais oublier que toute écoute, toute parole, tout silence, tout geste, tout acte, aussi technique qu’il puisse être, doit toujours s’inscrire dans un processus gouverné par le *care*, l’attention à l’autre, le prendre soin de la personne qui s’est remise entre leurs mains, qui leur a fait confiance au point de s’en remettre à leurs soins.”

1.2 Le patient

Le patient est le protagoniste principal du soin. Le célèbre dictionnaire Larousse (2020) définit le mot patient comme étant une “Personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale.”

L’auteur Claude Le Pen (2009) évoque une autre définition dans son article “Patient” ou “personne malade” ?

“L’expression même de « *patient* » renvoie, selon son étymologie latine, aux trois sens de souffrance, de passivité et de résignation (Lebaigue [1881]). (...)

La notion de « *patient* » – et sa représentation tutélaire – a tendance à connoter tout malade comme relevant d’une conception extrême de la pathologie, caractérisée par une perte ou une atténuation de la conscience, une souffrance extrême ou encore un handicap mental. Or, il nous faut à nouveau constater que la grande majorité des soins sont consommés aujourd’hui par des personnes suffisamment conscientes et « bien portantes ».”

1.3 L’importance de la qualité des soins pour le patient

La Haute Autorité de Santé nous propose une définition, en 2008 de la qualité des soins : « *La qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficientes que possible.* »

Pour s'assurer que les hôpitaux français produisent des soins de qualité, l'HAS a mis en place une certification qui permet de les évaluer. L'évaluation des pratiques professionnelles permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques à des références en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats avec l'objectif de les améliorer.

Prodiguer des soins de qualité est essentiel, mais pour cela il faut utiliser les bonnes méthodes. Selon les résultats de Cidolina Lourenço (2012), la relation d'empathie, la relation d'aide et la relation de confiance sont les piliers d'une infirmière dans la prise en soin des patients.

Pour faire le lien, Noëlle Cariclet (2007) nous dit "Les usagers ont souhaité une relation plus équilibrée avec les professionnels de santé, souffrant de leur position d'infériorité conférée par leur méconnaissance des maladies et des stratégies thérapeutiques."

2- La relation de confiance

2.1 Définition

La confiance est définie par le Larousse (2020) comme "Sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose" et la relation comme "Lien d'interdépendance, d'interaction, d'analogie, etc."

Dans Perspective soignante, Cidolina Lourenço (2012) définit la confiance comme :

"Au mot de confiance sont notamment associées les notions de : dépendre de, fiabilité, attente d'une confidentialité, intégrité, force ou pouvoir, responsabilité, croyance et foi, honnêteté et justice (Belcher et Jones, 2009). Dans un contexte des soins, la confiance correspond à la perception individuelle du patient de l'attention que les soignants accordent aux soins (Graham et Jack, 2008 ; Honoré, 2004)."

Elle nous dit également que lorsque le patient reconnaît en un soignant une figure d'attachement, il aura plus de facilité à s'engager en confiance dans son parcours de soin et en son avenir.

2.2 Instauration de la relation de confiance

Comme nous l'avons vu au-dessus, pour prodiguer des soins de qualité, il faut instaurer une relation de confiance.

Nathalie Szapiro-Manoukian (2021) nous donne quelques exemples de situation où la relation de confiance est primordiale pour le bon déroulé des soins :

“Il est d’ailleurs des situations où, sans confiance, l’adhésion au soin risque fort d’être remise en question par la personne soignée :

- lorsque le soin est douloureux ou que son résultat est incertain (...)
- lorsque le soin est intime (...)
- lorsque le soin est appelé à se répéter (maladie chronique) (...)”

Pour cela, Cidolina Lourenço (2012) nous guide :

“(…) la première condition est la disponibilité de chacun des deux partenaires de la relation (Honoré, 2004). Cependant, il s’agit de trouver un juste milieu, pour celui qui cherche à se confier, entre la confiance excessive placée en l’autre et la défiance ou la méfiance absolue et a priori à son égard (Williamson et Prosser, 2002).” Elle nous confie également que pour avoir confiance il a plusieurs facteurs qui entrent en jeu tels que : “le dialogue, la présence, la disponibilité, la compassion, l’écoute, l’authenticité, la sécurité et le toucher”.

Nathalie Szapiro-Manoukian (2021) nous donne d’autres pistes sur les conditions de l’instauration d’une relation de confiance. Celles-ci rejoignent les propos énoncés ci-dessus.

“Obtenir la confiance d’autrui demande d’avoir des qualités d’écoute, d’empathie, de disponibilité et d’être capable d’anticiper les situations où cette confiance risque d’être rompue, pour agir avant que cela ne se produise. Mais avant tout, il faut avoir confiance en soi.”

Du point de vue législatif, l’apparition de la loi du 4 Mars 2002 a permis de faire évoluer la relation de confiance comme le dit Noëlle Cariclet. Cette loi vise donc à un meilleur partage des informations et des décisions, et doit permettre d’établir une véritable relation de confiance soignants/ soignés.

2.3 Les limites de la relation de confiance

Par ailleurs, la relation de confiance a aussi des limites. C’est ce que nous explique Cidolina Lourenço (2012) “Les facteurs identifiés comme inhibant la confiance du patient ont notamment été les sentiments négatifs, l’inexpérience des infirmières, les caractéristiques personnelles des professionnelles comme du patient, les modes d’interaction avec d’autres membres de l’équipe.”

Selon Noëlle Cariclet (2007), si le droit du patient n'est pas respecté cela peut influencer sur la relation de confiance "Si elle n'est pas appliquée, les patients se sentent privés de leurs droits et ne tardent pas à les revendiquer ; la confiance disparaît alors dans le conflit."

Nathalie Szapiro-Manoukian (2021) nous dit que c'est au dépend des multiples interactions et des différents soins que la confiance se bâtit. "Chaque interaction est affectée par celles passées et affecte, à son tour, celles futures."

Elle admet ainsi que la relation de confiance peut être rompue :

"Il existe des situations dans lesquelles la relation de confiance peut-être remise en cause :

- quand il y a un excès ou un défaut de confiance en soi (...)
- quand le patient est en souffrance. Cela peut se produire en raison de l'évolution de la maladie (...)
- quand il y a trahison du point de vue du soigné. (...)"

Pour conclure sur la relation de confiance, Daniel Maroudy nous dit "pour établir une relation de confiance avec son malade, encore faut-il qu'il le veuille ! Et cette confiance n'est pas innée ou statique, elle est dynamique et opérante."

3- L'erreur

3.1 L'erreur ou la faute professionnelle

Pour faire la différence entre l'erreur et la faute, il y a une notion fondamentale, la volonté. Pierre Jeanguiot, N. (2000) nous dit "L'erreur est involontaire ; si elle était volontaire, elle relèverait alors des fautes détachables du service."

Le Larousse (2020) définit l'erreur comme "Acte de se tromper, d'adopter ou d'exposer une opinion non conforme à la vérité, de tenir pour vrai ce qui est faux." Et la volonté comme "Faculté de déterminer librement ses actes en fonction de motifs rationnels ; pouvoir de faire ou de ne pas faire quelque chose." Quant à la faute professionnelle, elle est définie comme "Manquement à une règle, aux devoirs qui découlent d'un contrat de travail ou d'une activité réglementée."

Malgré que ces deux mots soient des synonymes, ils ont des significations et des conséquences bien différentes. Nicole Pierre-Jeanguiot (2000) nous précise que le vocabulaire a son importance, "Le

vocabulaire est révélateur : erreur, non conformité..., le mot faute est trop lié à la sanction, à la gravité”.

La Garantie Mutuelle des Fonctionnaires distingue l’erreur de la faute

“Le soignant n’a pas une obligation de résultats mais de moyens, c’est-à-dire qu’il se doit de prodiguer des soins attentifs et consciencieux. La diversité des fautes reconnues est large :

- faute résultant d'une maladresse dans le geste
- faute dans l'organisation d'un soin courant,
- insuffisance dans la surveillance des patients et des locaux,
- mauvais entretien des locaux et du matériel,
- mauvais fonctionnement d'un service du fait du soignant,
- défaut d'information du patient...”

Pour pouvoir comprendre l’impact de la faute professionnelle pour l’infirmier, il faut connaître les différentes responsabilités de l’infirmière. La GMF nous cite trois responsabilités : civile, pénale et disciplinaire.

La responsabilité civile est mise en cause car l’infirmier exerçant dans des hôpitaux publics est un agent de la fonction publique hospitalière. L’assurance GMF nous dit

“la responsabilité de l’établissement qui sera recherchée devant les juridictions administratives. L’infirmier, lui-même, ne pourra être mis en cause qu’en cas de faute détachable du service (faute intentionnelle ou d’une exceptionnelle gravité). Il peut aussi être mis en cause personnellement, s’il y a faute, dans le cadre de soins prodigués en dehors de l’hôpital”.

Ensuite la responsabilité pénale “si la faute commise est un délit ou un crime (mise en danger de la vie d’autrui, blessures ou homicide involontaires, par exemple), alors, c’est la responsabilité pénale de l’infirmier qui sera engagée”, toujours selon la GMF.

Puis la responsabilité disciplinaire, “en cas de manquement à ses obligations professionnelles, l’infirmier devra en répondre devant son employeur, voire, en cas de problème de déontologie, devant l’Ordre national des infirmiers”.

Nicole Pierre Jeanguiot (2000) nous cite Keyser pour définir la faute, “Les fautes sont des déficiences de jugement tel que ne pas repérer le caractère urgent d’une situation. C’est la gravité a posteriori qui permet de déterminer l’existence d’une faute ou non.”

Pour mettre en lien l'erreur et la faute professionnelle avec les métiers de la santé, Fanny Covelli (2021) nous dit: "En effet, toutes les erreurs faites sur un être humain peuvent être préjudiciables et par conséquent sont à considérer comme des fautes."

Quant à l'erreur Sandrine Taillandier (2008) rétorque que "Dans l'erreur, il y a forcément quelque chose de juste, sinon d'intéressant. Généralement l'erreur est involontaire."

Dans Objectif soins, Baldy R. (1987) est cité en disant "L'erreur n'est pas seulement une non réponse, quelque chose de faux qui doit être corrigé, c'est l'aboutissement d'un raisonnement ayant sa logique propre qu'il faut comprendre pour essayer de la dépasser."

Pour les étudiants en stage il est important de comprendre la différence entre l'erreur et la faute nous précise Mme Nicole Pierre-Jeanguiot. (2000)

"La différence réside dans le fait que ces erreurs sont parfois considérées sur le terrain comme des "fautes à sanctionner", alors que les formateurs, sans en faire un réel outil d'apprentissage, les considèrent sans partie du cheminement de l'étudiant, comme des étapes de la formation."

3.2 L'erreur délétère

On peut séparer deux types d'erreur, celle-ci peut être délétère ou non. Nous allons commencer par nous intéresser à l'erreur ayant des conséquences sur le patient.

Le Robert (2020) définit le mot délétère comme une chose qui met la santé, la vie en danger.

Nicole Pierre-Jeanguiot (2000) nous donne deux exemples d'erreur délétère : "l'oubli de mettre les barrières de lit à une personne opérée du jour et agitée, peut entraîner une chute voire une réintervention et une aggravation de l'état du patient." Ainsi que,

"La même erreur concernant le dosage d'un médicament ou le mode d'administration réalisée en service de soins peut entraîner la mort d'un patient. Quelques affaires jugées en France ces dernières années ont montré que des étudiants au même titre que des professionnels pouvaient être poursuivis et sanctionnés pour des fautes professionnelles de ce type."

Dans l'article, Le statut de l'erreur dans le cadre de la formation initiale des infirmiers, Pierre Jeanguiot Nicole (2000) évoque les conséquences d'une erreur délétère : "la responsabilité pénale

peut s'exercer si le dommage est causé entraîne une incapacité totale de la personne, ou la mort de la personne considérée comme un homicide involontaire."

Selon l'article 222-19 du code pénal en vigueur depuis le 19 Mai 2011 une erreur délétaire est condamnable ;

"Le fait de causer à autrui, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende."

De plus, "En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende."

3.3. L'erreur non délétaire

Grâce à la définition du mot délétaire provenant du dictionnaire Le Robert (2020), nous comprenons qu'une erreur non délétaire est sans conséquence sur la santé et la vie du patient.

Nicole Pierre-Jeanguiot (2000) définit plusieurs types d'erreurs : "Trois grandes classes d'erreurs qui se décomposent en : erreurs "basiques" telles que les erreurs de calcul, de vocabulaire et de lecture, erreurs d'acquisition de connaissances professionnelles et enfin insuffisance de réflexion et d'autocritique." Elle nous évoque aussi un autre type d'erreur, c'est l'erreur lors de la formation : "Elles concernent les connaissances : des notions d'anatomie et de physiologie telles que les notions fondamentales."

Dans L'erreur, point de départ de la formation, Sandrine Taillandier (2008) nous confie "L'erreur est humaine, comment ne pas se tromper alors que l'on apprend ? Elle fait partie de la construction des connaissances."

4- L'étudiant dans le soin

4.1 La formation

A ce jour, les conditions d'entrée en Institut de formation en Soins Infirmiers repose sur l'arrêté du 31 Juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

Le cadre légal d'exercice des étudiants en soins infirmiers est défini par l'article L.477 du Code de la Santé Publique "l'exercice infirmier est permis en qualité d'auxiliaire polyvalent aux élèves préparant le diplôme d'État pendant la durée de leur scolarité."

Durant leur scolarité les élèves infirmiers sont notés par des partiels qui ont lieu à chaque semestre. Pendant les stages les étudiants doivent remplir avec leur tuteur une feuille de bilan afin de valider des compétences, il y en a dix en tout.

Sandrine Taillandier (2008) voit cela comme un plus, "L'évaluation représente la valeur ajoutée dans la formation, elle entre dans une logique d'amélioration continue des savoirs soignants."

4.2 La place de l'étudiant en stage

Fanny Covelli (2021) définit l'étudiant comme "un apprenant, c'est-à-dire une personne à part entière, singulière, imparfaite, équipée pour apprendre, déjà dotée de nombreuses capacités et de certaines compétences, et riche d'un potentiel à exprimer et à développer." En stage l'étudiant est sous la responsabilité de l'infirmier diplômé d'État, les étudiants infirmiers pratiquent les soins sous la responsabilité d'un IDE, comme le stipule l'article L.4311-12 du Code de la santé publique. Pour que cela se déroule au mieux Nicole Pierre-Jeanguiot (2000) nous explique que l'équipe s'assure des compétences de l'étudiant, de ses acquis, de son niveau d'étude et d'aptitude avant de lui accorder sa confiance et de lui donner des responsabilités.

Fanny Covelli (2021) définit sa vision de l'apprentissage comme une évolution : "Apprendre est bel est bien un exercice, et accepter de s'engager sur cette pente revient à être prêt à accueillir le risque de se tromper, de ne pas atteindre son objectif de départ". Elle ajoute "L'erreur n'est pas une faute." Malgré cette belle vision de l'erreur Nicole Pierre-Jeanguiot (2000) nous confie que : "Les étudiants rapportent des répercussions importantes de l'erreur commise sur la suite du stage : limitation des actes permis, contrôle accru des connaissances et savoir-faire, voire retombées sur le contenu du rapport de stage et sur la note attribuée."

4.3 L'erreur dans l'apprentissage

La vision de l'erreur a grandement évolué au fil des années comme nous l'explique Nicole Pierre Jeanguiot (2000) : "Auparavant conçue comme une faute entraînant une sanction, l'erreur aujourd'hui bénéficie d'un autre statut qui est celui d'un outil permettant d'apprendre." Ainsi que,

"L'erreur doit être vécue comme un phénomène normal et nécessaire. Ainsi analysée et comprise, elle ne sera plus assimilée à la faute ou à l'échec. L'écart à la norme d'un élève en apprentissage est un phénomène normal. Il est possible de faire de l'erreur un facteur de progrès, elle devient ainsi un outil de la formation pour l'élève comme pour l'enseignant."

Cependant, Sandrine Taillandier (2008) nous fait comprendre que la vision pessimiste de l'erreur reste encore ancrée, "Les étudiants par principe associent le mot erreur avec culpabilité, faute, mal, honte." Mme Nicole Pierre Jeanguiot (2000) nous fait part de la manière dont les étudiants doivent se servir de leurs erreurs :

"Pour les étudiants l'erreur n'est ni banalisée, ni sanctionnée. Ce n'est jamais anodin, mais la sanction ne sert à rien, un juste milieu est trouvé ; il faut que la personne prenne en charge son erreur, non pas comme quelque chose de mauvais mais comme quelque chose de bon à la limite par la mise en place de nouvelles procédures."

Malgré l'évolution de la vision de l'erreur dans l'apprentissage, il reste du chemin à parcourir comme nous le mentionne Fanny Covelli (2021) ; "Les mondes de l'éducation et de la formation auraient tout intérêt à la réhabiliter en leur sein et à lui accorder un statut positif car elle permet non seulement de développer les potentialités des apprenants". Elle ajoute : "Toute formation qui envisage l'erreur telle une faute, la sanctionnant systématiquement et n'accordant pas aux enfants ou aux apprenants la possibilité de se tromper, de recommencer, d'apprendre et de s'améliorer, s'écarte de son objectif."

Sandrine Taillandier (2008) ajoute "l'erreur fait partie de l'apprentissage : "Apprendre, c'est toujours le risque de se tromper. Elle contribue à la progression de l'étudiant." Mais aussi, "On ne peut pas parler d'apprentissage sans parler d'évaluation. L'erreur se trouve ainsi au cœur du processus d'apprentissage et de tout processus d'évaluation." De plus, "Pour les étudiants infirmiers, l'erreur ne peut être banalisée car il y a ensuite transfert des connaissances sur le terrain."

Mme Taillandier (2008) nous évoque aussi le bénéfice de l'erreur pour le maître de stage :

"L'erreur fait partie du processus de traitement. Du point de vue du formateur, elle est utile puisqu'elle repère les obstacles qui entravent le processus d'apprentissage. Ainsi le formateur et l'élève recherchent l'origine de l'erreur et trouvent les corrections possibles. La méthode dite par "Essais et erreurs", est une pratique répandue dans l'apprentissage. Il s'agit

en effet de faire quelque chose sans avoir encore tous les moyens pour l'assurer. Elle permet ainsi des découvertes et un apport personnel.”

Pour finir avec Fanny Covelli (2021), “L’erreur doit être considérée comme faisant partie intégrante du processus d’apprentissage. Elle est une zone de où l’on peut s’arrêter, une étape où reprendre des forces, un carrefour où envisager de nouvelles destinations.”

IV - Méthodologie du guide d’entretien

A la suite de l’écriture du cadre théorique, il était important d’aller explorer le terrain pour interroger les professionnels de santé et pouvoir comparer les écrits au terrain. L’intérêt est de confronter leurs pensées et leurs diverses expériences professionnelles avec mes lectures.

Pour cela j’ai mené des entretiens semi-directifs. Cette méthode permet à l’enquêteur de diriger les questions qui permettront de répondre à ses objectifs d’étude. Tout en laissant l’interrogé exprimer ce dont il a envie. Grâce aux questions ouvertes, il est libre de développer à sa guise et de ne pas être orienté dans sa réponse. Il ne nous donne pas ce que l’on veut, il suit son instinct et c’est ce qui rend les réponses plus riches. L’analyse n’en sera que plus intéressante.

Mon sujet portant sur l’erreur d’un étudiant et de son impact sur la relation de confiance, j’avais besoin d’interroger des personnes ayant vécu une erreur en stage. Idéalement je souhaitais quelqu’un qui n’est pas un diplômé trop ancien pour que cette personne ait encore bien en tête ses stages d’étudiants. Pour trouver ces deux personnes, j’ai décidé de questionner mon entourage. En effet, il m’était plus facile de réaliser un entretien auprès d’une personne qui m’était familière. J’ai alors contacté deux infirmières que je connaissais, qui m’ont toutes deux répondu positivement. Mes craintes étaient de ne pas réussir à trouver des personnes ayant fait une erreur en stage et qui en plus était d’accord d’en parler. L’humain n’aimant pas parler de ses défauts et de ses moments de faiblesses.

Pour mener à bien mes entretiens, j’ai réalisé un guide. Celui-ci est composé de huit questions, il reprend trois notions du cadre théorique. J’ai décidé de ne pas évoquer le prendre soin dans mes questions, car de mon point de vue ce concept n’allait pas apporter de plus value à mon analyse. Ainsi, je voulais me concentrer sur les autres notions qui sont le cœur du sujet : la relation de confiance,

l'erreur et l'étudiant dans le soin. L'ordre des thèmes évoqués correspond au plan de mon cadre conceptuel.

Mon premier entretien s'est déroulé avec une infirmière libérale diplômée depuis dix ans. J'ai décidé de la contacter car c'est la sœur d'une bonne amie, c'est par ce biais que je la connaissais depuis plusieurs années. Elle a tout de suite accepté et était intéressée par mon sujet. Nous avons réalisé l'entretien chez elle, après sa matinée de travail. Avec son accord, j'ai enregistré notre échange à l'aide du dictaphone de mon téléphone portable. Des travaux avaient lieu dans le jardin de sa maison, mais cela n'a pas biaisé l'audio. Notre conversation a duré vingt et une minutes.

Pour mon second entretien j'ai choisi de contacter une ancienne élève diplômée en Juillet 2021 de l'IFSI du Centre Hospitalier de Pontchaillou. Elle a été embauchée dès le lendemain de son diplôme, dans un centre hospitalier universitaire et a pu découvrir différents services. Cette jeune infirmière était en fait ma marraine, attribuée durant la première année de formation à l'IFSI. Le courant étant bien passé pendant nos échanges j'ai décidé de lui proposer un entretien car c'est une jeune diplômée et que je me sentais à l'aise pour l'interroger. Après une réponse favorable de sa part, nous avons convenu d'une date. L'infirmière n'habitant pas sur Rennes, l'entretien s'est déroulé en visioconférence sur un de ses jours de repos. Comme lors du premier entretien, j'ai enregistré notre échange grâce à mon téléphone portable, avec son accord. L'entretien a duré vingt trois minutes.

Ces deux entretiens vont me permettre de comparer, sur un même sujet, les différents points de vue des soignantes. Cette analyse sera d'autant plus enrichissante car les deux infirmières ont été diplômées à plusieurs années d'écart et elles ont des expériences professionnelles bien différentes.

V - L'analyse descriptive des entretiens

1- Des critères de la relation de confiance à ses limites

1.1 Les conditions de la relation de confiance IDE/ patient

Mes entretiens ont débuté sur le thème de la relation de confiance, mon premier objectif était d'identifier ce qu'est la relation de confiance pour les soignants et quels en sont les critères et

les conditions. Les deux infirmières interrogées s'accordent à dire qu'une des premières conditions de cette relation est la communication. Elles évoquent toutes deux l'importance de l'explication des soins, il est essentiel que le patient soit tenu au courant du principe des soins et de leur utilité, une mauvaise communication peut entraîner une rupture de confiance. L'IDE A "un patient peut-être bloqué si on n' a pas bien expliqué", l'IDE B "bien leur expliquer les choses". Ensuite, elles me parlent chacune d'une autre condition qui leur semble importante pour établir une relation de confiance. L'IDE B insiste sur l'accompagnement en globalité du patient "rassurer", "la famille aussi c'est important". Quant à l'IDE A, elle évoque la notion du consentement, "ayant son approbation", "son accord".

Malgré la mise en œuvre de ces critères, la relation de confiance a aussi ses limites, deux limites seront abordées lors des entretiens. Les deux infirmières me confient qu'en fonction de la personnalité du patient cette relation peut être restreinte. L'IDE A "la personne se bloque", ou l'IDE B qui me parle plus du respect des règles hospitalières par le patient, "les patients qui vont pas... vraiment comprendre le fonctionnement de l'hôpital". Cette dernière n'a pas évoqué d'autre limite à la relation de confiance. Contrairement à l'IDE A qui introduit la douleur comme une barrière, "ça peut-être la douleur, qu'on ait fait mal à quelqu'un."

On peut donc constater que pour les deux soignantes la condition principale d'une relation de confiance se base sur une communication juste avec le patient. Pour créer ce lien de confiance il faut le consentement du malade et un accompagnement adapté. De plus, on a pu remarquer que les limites à cette relation peuvent venir du patient mais aussi de la douleur induite par les soins.

1.2 Les conditions de la relation étudiant/ patient

Mon second objectif, qui porte sur le thème de la relation de confiance, est de déterminer s'il existe des critères différents pour la relation de confiance entre un étudiant et un patient à celle d'un infirmier diplômé et un patient.

Les infirmières ont toutes les deux mis en avant la place du statut dans la relation de confiance entre un étudiant et un patient. Comme l'explique l'IDE B "elle avait justement ce statut d'étudiante et pas d'infirmière". L'expérience compte dans le relationnel, l'IDE A nous dit "ça dépend en quelle année on est". L'étudiant a un statut d'apprenant, il peut donc montrer moins d'assurance à l'égard du patient, notamment dans les soins. Comme le dit l'infirmière, cette posture fait que l'étudiant est souvent plus concentré sur l'acte de soin que sur la globalité. Le statut peut donc être considéré comme un critère de la relation mais aussi une limite. L'infirmière B précise qu'en dépit de son statut d'étudiant, celui-ci est "un futur professionnel de santé" avec "des valeurs communes avec l'infirmier

ou l'aide-soignant". L'infirmière A, nous parle d'un autre critère qui rentre en compte dans la relation de confiance entre l'étudiant et le patient, c'est l'appréhension. En effet, comme elle le dit, le patient peut être pris d'appréhension en sachant que c'est un apprenant qui va réaliser ses soins, "ça peut ne pas forcément mettre le patient trop à l'aise". Le patient peut poser des questions pour essayer de se rassurer et évaluer les compétences de l'étudiant : "si la personne dit "je suis étudiant" bah tout de suite ça va être : "t'as déjà beaucoup fait de prise de sang ?", ça peut stresser". L'infirmière B n'a quant à elle pas évoqué ce critère. Néanmoins, les deux infirmières se rejoignent sur une condition commune, qui rejoint la relation de confiance entre l'infirmier et le patient, c'est la communication. L'infirmière A nous explique que s'il y a un peu moins de communication, cela est dû, comme évoqué ci-dessus, au statut et à l'appréhension. L'IDE B aborde la communication d'une manière différente, "ça dépend aussi de la façon dont on emmène la chose", le soin réalisé par l'étudiant va être plus ou moins accepté par le patient en fonction de la manière d'expliquer les choses.

Pour conclure sur les critères de la relation de confiance, on peut remarquer qu'une condition revient dans la relation patient/ IDE et patient/ étudiant, c'est la communication. Les deux infirmières se sont accordées à dire que celle-ci avait un rôle clé dans la relation de confiance, et qu'il conditionne le déroulement de la prise en soin. Par ailleurs, nous avons pu constater que d'autres critères différents émergeaient. Pour la relation patient/ IDE, les notions de consentement et d'accompagnement sont évoquées pour établir une relation de confiance. Tandis que pour la relation patient/ étudiant c'est les concepts de statut et d'appréhension dont il est question. On remarque d'ailleurs que c'est le statut qui domine dans cette relation, ces critères peuvent être des conditions mais aussi des limites.

2- L'erreur et la faute, quelle différence ?

Dans la seconde partie de mon guide d'entretien j'ai décidé de baser mes questions sur l'erreur. Mon objectif était de comparer les représentations des soignants en ce qui concerne l'erreur et la faute professionnelle. A l'aide de mes questions, j'ai pu remarquer que les infirmières définissent l'erreur comme un acte qui pouvait avoir des conséquences non délétère. L'infirmière A nous dit "Une erreur...ça peut avoir des conséquences", IDE B complète "une erreur ouais ça peut-être réparable à tous les coups". Elles caractérisent l'erreur par le fait de se tromper, IDE A "pour moi une erreur c'est se tromper". Néanmoins celle-ci précise "après l'erreur.. peut provoquer une faute". Ce qui nous emmène à la définition de la faute professionnelle. Les soignantes symbolisaient la faute comme

étant délétère pour le patient. L'IDE A dit "Une faute pour moi ça a des conséquences", l'IDE B complète "Une faute c'est quelque chose qui a des répercussions (...) pour la santé du patient". Celle-ci précise même qu'elle peut avoir de lourdes conséquences pour le patient : "met vraiment en danger la vie du patient ou qui peut altérer son état de santé". Sans savoir l'expliquer l'IDE A nous confie que pour elle la faute est plus lourde et plus grave que l'erreur. Ces réponses nous montrent que les soignantes qualifient un acte d'erreur ou de faute en fonction des conséquences de celui-ci.

Durant nos échanges, j'ai demandé aux infirmières de me raconter une erreur qu'elles auraient commises en stage durant leurs années d'études. A travers leurs réponses, j'ai pu remarquer qu'à plusieurs reprises celles-ci essayaient de trouver les causes de cette erreur. L'IDE A nous dit "ça s'est déroulé très vite" mais aussi "soit j'ai mal compris, soit c'est elle qui a mal dit". L'infirmière B quant à elle m'explique "une journée assez compliquée" et "c'était un peu compliqué pour moi en stage". Cela nous montre que la cause de l'erreur est souvent une accumulation de petites choses et que comme le dit l'IDE B "c'est pas forcément de notre faute". Ce sont les erreurs qui poussent la réflexion "tu cherches à comprendre pourquoi", "Comment ça se fait que cette erreur s'est produite comme ça", nous dit la soignante A.

Pour résumer cette partie sur l'erreur, les soignantes différencient l'erreur de la faute en fonction des conséquences de celle-ci. Si l'acte est délétère pour le patient, alors c'est une faute, au contraire s'il est non délétère, c'est-à-dire sans conséquence pour le patient, alors c'est une erreur. Grâce à ces échanges nous comprenons également que l'erreur peut découler de plusieurs facteurs qui ne dépendent pas seulement de l'auteur de celle-ci. Les erreurs poussent les soignants à se remettre en question et à trouver ces facteurs.

3- L'erreur et l'étudiant, quelle place dans le soin ?

3.1 L'erreur, une place de choix de l'apprentissage

Le troisième thème abordé lors de mes entretiens est l'étudiant dans le soin, en faisant le lien avec les notions ci-dessus, la relation de confiance et l'erreur. Les questions posées avaient comme but de répondre à plusieurs objectifs, le premier était de repérer la place de l'erreur dans l'apprentissage pour le soignant. Pour ce faire, comme je l'ai dit au-dessus, j'ai demandé aux soignantes de me raconter une erreur qu'elles ont fait en stage et qui les a marquées. A la suite de cela, elles m'ont toutes deux répondues que cette erreur avait eu une place dans leur formation. Elles m'ont

notamment évoqué les points positifs que cet incident leur avait apportés, l'IDE A nous dit "beaucoup plus vigilante" et "ça m'a permis de pousser un peu plus mes recherches". Les propos de l'IDE B rejoint ceux de l'IDE A "j'apprends de ces erreurs et on peut toujours faire mieux" et "on apprend à faire les gestes correctement. Elles s'accordent à dire que cette erreur les a aidé dans leur profession "ça m'a servi de leçon" l'IDE B complète en disant "une erreur on la refait pas deux fois". Cet événement a eu un impact positif pour les deux ex étudiantes infirmières qui sont ressorties de cette épreuve avec de nouveaux apprentissages. Par ailleurs, il y a aussi eu du négatif "je me suis fait engueuler" répond la soignante A. L'infirmière B nous confie l'impact néfaste que ça a eu sur sa confiance en elle "je me demandais si j'étais vraiment capable d'être infirmière", "est-ce que je risque de pas mettre en danger un patient". Elle nous explique également que dans d'autres circonstances cela aurait pu avoir des conséquences sur son appréciation de stage et donc sur sa formation. On constate donc que, malgré les leçons que l'on peut tirer d'une erreur, il y a un risque important de perte de confiance en ses capacités, de la part de l'étudiant.

3.2 Les différentes perceptions de l'erreur

Le second objectif de ce thème était de distinguer les différences de perception de l'erreur en fonction du statut de la personne responsable. Durant nos échanges, j'ai pu constater que si l'erreur était commise par un étudiant, il pouvait y avoir des réactions différentes que si c'était un infirmier. Le facteur primordial est celui du statut de la personne responsable de l'erreur, IDE A "un collègue voilà il a son diplôme", IDE B au sujet de l'étudiant "il est en apprentissage, il n'est pas diplômé". Les règles du jeu ne sont donc pas les mêmes "l'étudiant est là pour apprendre donc qu'il fasse une erreur en fait ça peut arriver", en parlant d'un infirmier diplômé d'état "il est diplômé donc il est pas censé en faire". Elle précise que pour l'étudiant le statut et les responsabilités évoluent en fonction du nombre d'années d'études "plus tu vas dans les années, plus t'es un peu plus lâché". L'IDE B précise "oui l'étudiant peut faire plus d'erreurs qu'un infirmier. Au fil des propos les deux soignantes en sont arrivées à la même déduction "un professionnel peut faire des erreurs" dit l'IDE A, "l'erreur arrive à tout le monde qu'on soit diplômé ou non en soit on peut très bien faire des erreurs" ajoute l'IDE B. Selon leur opinion, un patient aurait une meilleure réaction, si c'était un professionnel de santé qui commettait l'incident, que l'étudiant. L'IDE A précise "c'est plus excusable chez un professionnel de santé", l'IDE B complète "le patient peut être plus virulent en quelque sorte avec l'étudiant". On peut donc remarquer que ce soit du point de vue du soignant ou du patient, la perception de l'erreur pourra être différente en fonction du statut du protagoniste. L'infirmière B conclut en disant "l'erreur est humaine", "tout le monde fait des erreurs dans son métier".

Mais cette perception dépend de facteurs modulables m'expliquent les deux soignantes. Pour elles "tout dépend de l'intensité de l'erreur", IDE A, "ça dépend aussi du degré de l'erreur" confirme l'IDE B. Cette dernière met aussi en avant que la réaction va dépendre de la personnalité du patient ou du soignant "ça dépend des gens aussi, de leur personnalité, leur caractère". Les idées des infirmières se rejoignent, la perception va dépendre du degré de l'erreur et des protagonistes, il faut prendre en compte la situation globale.

Pour conclure sur ce deuxième objectif, on peut distinguer que l'erreur pourra ne pas être perçue de la même manière en fonction du statut de la personne qui en est responsable, pour le patient comme pour l'infirmier. Tout le monde a le droit de faire des erreurs "l'erreur est humaine", mais celle-ci peut être plus ou moins bien perçue en fonction également des facteurs modulables.

Une autre notion qui rentre dans le cadre de l'étudiant dans le soin et de son apprentissage, c'est l'encadrement. L'infirmière A, nous parle de ce critère à de nombreuses reprises. Elle explique que l'incident va dépendre de l'encadrement, pour elle, il n'y est pas censé avoir d'erreur si l'étudiant est correctement encadré. Elle dit "l'erreur normalement ne doit pas aller trop loin puisqu'on l'encadre", "un étudiant est encadré logiquement, donc il n'est pas censé faire de trop grosses erreurs". Elle continue en disant que l'étudiant peut bien sûr faire des erreurs mais que cela doit être dû à un mauvais encadrement. Selon ses propos, elle se met elle-même dans la peau d'un patient en disant que cette situation peut être très mal vécue par le malade et que sa réaction serait tournée vers le tuteur "il est là pour apprendre il devrait être encadré", "plus énervé en fait contre la ou les personnes qui l'encadrent". Pour résumer, elle pense que l'encadrement est le facteur majeur de l'apprentissage de l'étudiant. Pour l'infirmière A, les erreurs arrivent dans des circonstances où l'encadrement est défaillant ou inexistant.

3.3 Relation de confiance et erreur, quelle compatibilité ?

Le troisième et dernier objectif de ce guide d'entretien était d'identifier l'impact de l'erreur sur la relation de confiance entre le patient et l'étudiant. Les deux infirmières m'ont majoritairement parlé des solutions à mettre en place pour conserver la relation de confiance, notamment la communication. L'IDE A "en communiquant on peut remettre cette confiance", L'IDE B complète en disant "si on met les choses au clair entre le patient et le soignant ça peut aussi très bien fonctionner". L'infirmière A, nous explique qu'en ayant une communication adaptée avec le patient,

en disant que ça ne se reproduira plus et en expliquant les événements “entre le patient et l’étudiant ça peut bien repartir”. Elle nous dit également “en étant honnête ça peut repartir”, cela fait le lien avec une notion importante qui détermine l’impact de l’erreur, c’est l’information du patient. Dans le récit de la soignante A, sa relation avec le patient n’a pas changé et celui-ci n’a pas été informé de cette erreur “il n’a pas été mis au courant”. Contrairement à l’histoire de l’infirmière B, le patient a découvert l’erreur en même temps que l’infirmière “le cathéter a été enlevé devant lui, donc forcément il a tout entendu, tout compris”. Elle nous confie que dans sa situation elle ne voulait plus prendre en soin le patient, mais que dans d’autres cas “oui ça peut altérer”, “il peut ne plus faire confiance à l’infirmier ou à l’étudiant qui l’a pris en soins”. De plus, nos échanges m’ont montré que l’impact de l’erreur sur la confiance pouvait changer en fonction de facteurs modulables. En effet, les deux infirmières s’accordent à dire que cela peut dépendre du caractère du patient, IDE A “il y a des personnes qui sont têtues”, ou “elles ne voudront plus voir la personne”. L’IDE B confirme “tout dépend du caractère et de la personnalité du soignant, mais aussi “tout dépend aussi du patient”. L’infirmière A ajoute que l’impact dépend aussi des conséquences de cette erreur “si c’est une grosse erreur”, “une erreur sans conséquence ouais”.

Pour conclure cette partie on remarque que la relation de confiance entre le patient et l’étudiant peut être impactée mais qu’il y a des solutions à mettre en place pour y remédier comme la communication. Les facteurs influents sont aussi l’information du patient, ainsi que le caractère des protagonistes et les conséquences de l’erreur.

VI - Discussion

A présent, dans le but de répondre à ma problématique de départ qui est : En quoi une erreur non délétère pour le patient, commise par un étudiant lors d’un soin, peut-elle impacter la relation de confiance dans la suite de la prise en charge ?

Je vais confronter les idées des auteurs que j’ai pu exposer dans mon cadre théorique et les avis des professionnels de santé que j’ai pu rencontrer, avec mes pensées et mon point de vue que j’ai pu élaborer grâce à mes expériences professionnelles.

La communication, le maître mot de la relation de confiance

De mon point de vue la relation de confiance est un des points clés des relations humaines. En effet, dans la vie du quotidien nos choix vont être conduits par la confiance que l'on place dans une personne ou un groupe. Dans le contexte de soin, celle-ci est d'autant plus importante car le malade est vulnérable, dénué de tous ses repères et la plupart du temps dépourvu de connaissance sur le milieu médical. Celui-ci a donc besoin d'un point d'accroche et de faire confiance à l'équipe qui prend soin de lui. Cette idée rejoint le point de vue de l'auteur Cidolina Lourenço dans ses écrits.

Cependant pour qu'une telle relation existe, il faut réunir certaines conditions. Tout d'abord, grâce à mes lectures et mes échanges avec les professionnels de terrain j'ai pu remarquer que c'était la communication qui primait pour avoir une bonne relation de confiance. Je partage leur avis, la communication est la clef, elle ne passe pas forcément par des mots, on peut également faire passer un message par le toucher ou le regard, des éléments parfois négligés mais qui sont pourtant essentiels dans notre métier.

Mais cela s'accompagne aussi de la disponibilité des deux parties, c'est-à-dire de leur consentement mais aussi de l'implication de chacun dans la relation. Comme on a pu me l'expliquer dans les lectures et les interviews, toute relation est modulable dans le temps, et elle dépend des caractères de chacun des protagonistes. Je pense que les critères de confiance sont propres à chacun, cela se base sur notre caractère, notre éducation, notre sensibilité et nos expériences.

Au début de ce travail de recherche, j'avais comme idée qu'il n'y avait pas de différence de critères dans l'élaboration d'une relation de confiance, que ce soit entre un infirmier et un patient ou un étudiant et un patient. Par contre, je pensais que cette relation mettait plus de temps à se construire, du fait de l'inexpérience de l'étudiant. Pour moi, le patient serait plus méfiant sur les informations partagées, mais je croyais que la relation pouvait aboutir et être la même que si le soignant était diplômé. Dans les articles que j'ai pu lire sur le thème de la confiance ou de l'étudiant, aucun ne mettait en évidence des critères différents pour élaborer une relation de confiance entre un patient et un étudiant. Néanmoins, les infirmières interrogées mettaient en évidence la difficulté du statut d'étudiants sans diplôme, mais qu'en dépit de cela "un futur professionnel de santé" avec "des valeurs communes avec l'infirmier ou l'aide-soignant" nous précise l'IDE B. De plus, Cidolina Lourenço (2012) nous explique que ce statut peut être une limite dans la relation de confiance : "Les facteurs identifiés comme inhibant la confiance du patient ont notamment été les sentiments négatifs, l'inexpérience des infirmières...".

Grâce à mes expériences professionnelles j'ai pu remarquer que la relation de confiance avait ses limites et que celle-ci était modifiable et pouvait changer à chaque interaction. D'ailleurs, c'est ce que

confirme Daniel Maroudy "Et cette confiance n'est pas innée ou statique, elle est dynamique et opérante." Pour que cette relation perdure, il faut mettre les deux sujets sur un même pied d'égalité, la loi du 4 Mars 2002 a rendu cela possible, le soignant se doit de respecter les droits des patients. Cette loi fait écho au partage d'informations avec le patient pour qu'il puisse être acteur de sa prise en soin, il est en droit de poser des questions et d'avoir une réponse à la hauteur de ses connaissances. En revanche, il y a d'autres limites qui peuvent endommager la relation, par exemple un soin douloureux. En effet, la douleur peut créer du stress et de l'angoisse chez un patient et il est possible qu'il puisse reporter la cause de la douleur sur le soignant et donc perdre confiance. La communication est importante dans ces moments-là : prévenir, rassurer et expliquer le soin au patient est primordial. Le fait de prévenir le patient lorsqu'un soin peut être douloureux, montre que l'on fait preuve d'honnêteté et qu'on a de l'expérience. Et tout ceci en ayant confiance en soi et en ses gestes, cela permettra d'apaiser le patient.

Les lectures, les interviews et mes expériences ont prouvé que si ce cocktail d'actions n'était pas réuni cela pouvait entraver la relation de confiance.

L'impact de l'erreur

En toute honnêteté, avant de commencer ce travail de recherche, je n'avais pas d'idée précise de ce qu'était la différence entre l'erreur et la faute. Je savais que la faute pouvait se qualifier de faute professionnelle mais, comme l'on dit les deux infirmières interrogées, j'avais conscience que la faute pouvait avoir des conséquences plus lourdes que l'erreur. Comme nous dit Fanny Covelli (202) : "En effet, toutes les erreurs faites sur un être humain peuvent être préjudiciables et par conséquent sont à considérer comme des fautes."

Dans mes lectures j'ai pu trouver des réponses à ma méconnaissance, comme vous avez pu le voir plus haut, pour différencier l'erreur et la faute il y a notion de volonté. En effet, la faute est considérée comme volontaire, l'individu avait la volonté de mal agir, tandis que l'erreur est involontaire. Bien sûr il y a différents degrés dans l'erreur. En réalité, c'est surtout les conséquences que celle-ci a sur le patient qui sont importantes. L'impact et les sanctions ne seront pas les mêmes si elle a une conséquence sur la vie du patient ou si elle est neutre. C'est pour cela que l'on parle d'erreur délétère ou non. Il est donc important d'employer le bon vocabulaire lors de ce genre d'incident.

Dans mon travail, j'ai décidé de me concentrer sur l'erreur non délétère car c'est celle que je connais. Pendant notre parcours de formation, on nous sensibilise sur les conséquences de nos actes ainsi

que sur les responsabilités de notre métier qui ne sont pas anodines. Ces deux notions : conséquences de nos actes et responsabilité, n'ont pas manqué de m'angoisser pendant mes stages et elles continueront sûrement également de me stresser dans ma future vie professionnelle. D'ailleurs, c'est souvent les erreurs délétables dont on parle, j'ai voulu m'intéresser aux erreurs sans conséquences, qui sont tus et dont parfois le patient lui-même n'a pas connaissance. Aussi, durant mes entretiens j'ai demandé aux deux infirmières de me raconter une erreur qu'elle avait commise en stage, la différence entre les deux c'est que dans un des cas, le patient n'avait pas été mis au courant. En me basant sur mon vécu et les histoires que l'on m'a racontées, j'ai constaté que l'honnêteté prime toujours, dans certains cas la relation de confiance peut même devenir plus forte car les deux parties auront été sincères. Comme on a pu le voir dans les lectures, l'authenticité fait partie des conditions à réunir pour favoriser la relation de confiance, c'est aussi une notion qui nous est inculquée à l'IFSI. Cependant, il est souvent difficile d'avouer ou de raconter ses erreurs, elles montrent nos failles, nos moments de doutes et nous rendent souvent vulnérables. Comme me l'a signifié l'infirmière B "J'ai perdu confiance en moi, je me demandais si j'étais vraiment capable d'être infirmière".

L'impact de l'erreur sur la relation de confiance va donc dépendre avant toute chose du type d'erreur et ensuite, quel critère de confiance a été rompu. Par exemple, si le soin a été mal expliqué au patient, c'est la communication qui aura péché, ou encore dans la situation de l'infirmière B, c'est son manque d'expérience mais aussi l'encadrement de l'IDE qui ont péché. Ensuite, c'est le caractère des deux protagonistes qui va jouer, certaines personnes sont plus patientes et compréhensives que d'autres. Autrement, comme dans ma situation d'appel, le patient était très angoissé et tendu ce qui a justifié sa réaction.

Cependant, lors de mes entretiens, les deux infirmières ont soulevé le fait que si l'erreur était commise par un étudiant, le patient pouvait être plus contrarié que si c'était un infirmier diplômé qui l'avait réalisé. C'est une notion qui me surprend, personnellement car je pense l'inverse, j' imagine qu'un patient serait plus agacé si l'erreur est faite par un infirmier diplômé. Évidemment je suis d'accord sur le fait que tout le monde a "le droit à l'erreur." Néanmoins, je pense que ce "droit à l'erreur" est plus accordé à l'étudiant car il est toujours en formation, l'erreur fait partie intégrante de l'apprentissage. Je suis d'accord avec les propos de Nicole Pierre Jeanguiot (2000), "Il est possible de faire de l'erreur un facteur de progrès, elle devient ainsi un outil de la formation pour l'élève comme pour l'enseignant." Comme l'a souligné l'infirmière A lors de notre entretien, "Un étudiant est encadré, logiquement, dans le meilleur des cas, donc il n'est pas censé faire de trop grosse erreur, ou

alors il n'a peut être pas bien été encadré". Ce point de vue m'a étonné, je n'avais pas pensé qu'une des causes de l'erreur de l'étudiant pouvait être liée à l'encadrement. Lors de mes erreurs faites en stage je me suis toujours imputé l'erreur à moi même à 100 %. De ce fait, je me remettait en question, dans ma petite bulle, je pensais toujours que c'était moi qui n'avait pas eu le bon geste ou que je n'avais pas assez de connaissances. Or effectivement, lors d'un stage l'erreur peut, peut-être, être imputée aux deux parties : l'étudiant et le maître de stage sont tous deux responsables. Le rôle du tuteur est de donner à l'étudiant toutes les clés nécessaires pour réussir sa prise en soin, mais c'est aussi à l'étudiant d'aller chercher ses informations, c'est un travail d'équipe. La qualité de l'encadrement en stage joue un rôle capital. Le tuteur et les formateurs devraient s'en servir comme éléments ressources, ces incidents sont riches en apprentissage. Au retour de stage des étudiants, la création de groupe de parole dont le sujet serait l'erreur pourrait être intéressant.

Il n'y a pas de réponse universelle, dans tous les cas l'erreur aura un impact sur la relation de confiance, quel qu'en soit l'auteur, étudiant ou professionnel. On ne peut pas déterminer à l'avance si elle aura un impact positif ou négatif. La relation peut ressortir de cet incident plus forte, être endommagée ou alors détruite. Grâce aux lectures et aux témoignages, j'ai pu constater qu'il y avait plusieurs critères qui constituaient la relation de confiance et notamment qu'ils pouvaient changer en fonction de la personnalité des personnes. Il y a donc trop de facteurs modulables pour déterminer le retentissement que l'erreur provoquera.

Après l'étude de toute les informations recueillies durant ce travail de recherche, pour aller plus loin et préciser mon sujet je pourrais m'interroger sur cette problématique :

En quoi le rôle du tuteur est-il important dans la recherche des facteurs conduisant à l'erreur, dans le contexte de prise d'autonomie de l'étudiant ?

VII - Conclusion

Avant de trouver mon sujet de mémoire, il m'a fallu quelques temps de réflexion. En effet j'avais quelques thèmes en tête mais je voulais trouver le sujet qui allait me porter jusqu'à la fin de ma troisième et dernière année d'école d'infirmière. C'est en suivant mon idée de départ que je suis arrivée à la problématique : En quoi une **erreur non délétère** pour le patient, commise par un **étudiant** lors d'un **soin**, peut-elle impacter la **relation de confiance** dans la suite de la **prise en charge** ?

Pour répondre à celle-ci , dans un premier temps, je suis allée consulter les livres, m'imprégner de ce que les auteurs disaient sur mon sujet. Ensuite, je suis allée demander l'avis des professionnels de terrain. J'ai rencontré deux soignantes aux profils différents, qui ont bien voulu répondre à mes questions. Lors de ces entretiens j'ai pu me rendre compte qu'il est frustrant de ne pas avoir les réponses attendues. Leurs réponses étaient parfois différentes de ce que je m'étais imaginé ou divergentes des analyses que j'avais trouvé dans les livres. Ces diverses sources m'ont permis d'enrichir mon travail et ma démarche de recherche. Puis, le but était de confronter toutes les informations que j'avais recueillies avec mes idées.

Pour conclure ce travail de fin d'étude, je pense qu'il n'y a pas de réponse exacte à ma question de départ. En effet, d'une relation à l'autre beaucoup de conditions et de critères peuvent changer, ce qui fait que la relation de confiance est modulable d'un individu à l'autre.

On ne peut pas nier que l'erreur non délétère réalisée par un étudiant aura un impact sur la relation de confiance entre le l'étudiant et le patient. Il y aura forcément des conséquences sur la relation, celle-ci peut s'intensifier, se figer ou même s'anéantir. Il n'y a pas de règles de jeu écrites à l'avance, les relations humaines sont complexes et pleines de surprises. Cette étude m'a démontré que cette problématique n'est pas réservée à l'étudiant, elle peut aussi bien s'appliquer à l'infirmier diplômé.

Ce travail de recherche m'aura fait évoluer, il m'a permis d'approfondir des notions qui m'intéressent. Sans cet exercice je n'aurais jamais trouvé de réponses à mes questions. Même si les réponses trouvées ne sont pas figées, j'ai pu approfondir ma réflexion et mon sens critique. De plus, j'ai enrichi ma culture et amélioré la pertinence de mon questionnement. J'ai apprécié réaliser les entretiens avec les professionnels de terrain, pouvoir confronter leurs idées avec mes pensées m'a permis d'avancer dans ma réflexion.

Ce travail m'a également permis de me rendre compte qu'un point négatif "faire une erreur non délétère" peut se transformer bien souvent en point positif, car elle incite l'étudiant et également son tuteur à une remise en question, qui sera bénéfique pour le futur. Elle pousse à la réflexion.

Ce que je retiendrais de ce travail de recherche et que j'appliquerai dans ma future vie professionnelle est l'importance d'établir une relation de confiance solide avec les patients. La communication, par toutes les manières possibles, est à privilégier. Chaque relation est différente, mais le maître mot est l'adaptabilité pour offrir des soins de qualité.

BIBLIOGRAPHIE

Cours :

- Cours de S1 UE 4.1 Soins de confort et de bien-être. Définition de HESBEEN Walter Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Paris, Masson, 1997

Ouvrages :

- Arslan, S., & Lourenço, C. (2012). *Perspective soignante* (Vol. 44)

Articles de périodiques :

- Cariclet, N. (2007, 08). Construire une relation de confiance durable avec les patients. *Soins cadres de santé*, 63, 17/19.
- Covelli, F. (2021, 03). L'erreur n'est pas une faute. *Métiers de la petite enfance*, 291, 27/29.
- Pierre Jeanguiot, N. (2000). Le statut de l'erreur dans le cadre de la formation initiale des infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 62, 36/45.
- Szapiro-Manoukian, N. (2021, 03). La relation de confiance, élément essentiel du soin. *L'infirmière*, 40, 40/42.
- Taillandier, S., & R, B. (2008, 01). L'erreur, point de départ de la formation. *Objectifs soins*, 162, 17/18.

Articles sur le web :

- Loez, D. (2016, June 6). *Fautes et responsabilités des infirmières en hôpital*. GMF. Retrieved April 12, 2022, <https://www.gmf.fr/service-public-gmf/fonction-publique-hospitaliere/fautes-medicales-responsabilite-des-infirmieres>
- Lehmann, J.-P. (2005, 1). Ce que "prendre soin" peut signifier. *Le Coq-Héron*, 180. <https://www.cairn.info/revue-le-coq-heron-2005-1-page-50.htm>
- Le Pen, C. (2009). "Patient" ou "personne malade" ? Cairn.info. <https://www.cairn.info/revue-economique-2009-2-page-257.htm>

Textes législatifs :

- Légifrance. Article L.4311-12 du Code de la santé publique. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171306?init=true&page=1&query=responsabilit%C3%A9+de+l%27%C3%A9tudiant+infirmier+en+stage&searchField=ALL&tab_selection=all&anchor=LEGIARTI000038923558#LEGIARTI00038923558

- Légifrance. Article L.477 du Code de la Santé Publique.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155219?isAbrogated=true#LEGISCTA000006155219
- Légifrance. Article 222.19 du Code pénal
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000024042643/

Dictionnaires :

- Dictionnaire Larousse. (2020). Confiance. Dans *Dictionnaire*.
- Dictionnaire Le Robert. (2020). Délétère. Dans *Dictionnaire*.
- Dictionnaire Larousse. (2020). Erreur. Dans *Dictionnaire*.
- Dictionnaire Larousse. (2020). Faute professionnelle. Dans *Dictionnaire*.
- Dictionnaire Larousse. (2020). Involontaire. Dans *Dictionnaire*.
- Dictionnaire Larousse. (2020). Patient. Dans *Dictionnaire*.
- Dictionnaire Larousse. (2020). Relation. Dans *Dictionnaire*.
- Dictionnaire Larousse. (2020). Volonté. Dans *Dictionnaire*

Sommaire des annexes :

Annexe I : Le guide d'entretien

Annexe II : Retranscription entretien IDE A

Annexe III : Retranscription entretien IDE B

Annexe IV : Tableaux d'analyse

Annexe I : Le guide d'entretien

Question de présentation :

- *Pouvez-vous vous présenter ?*
- *Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'infirmier(e) ?*
- *Quel a été votre parcours professionnel ?*
- *Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service/cette structure ?*
- *Avez-vous suivi des formations particulières ?*

La relation de confiance

Objectifs : Identifier ce qu'est la relation de confiance et quels en sont les critères/ conditions.

- **Qu'est-ce qui est important pour vous dans la relation avec un patient ? Comment cela se traduit concrètement auprès du patient ?**
- **Est-ce que cette relation avec le patient peut être rompue ? Si oui, dans quel contexte ?**

Objectif : Déterminer s'il existe des critères différents pour la relation de confiance entre un étudiant et un patient.

- **Pensez-vous que cette relation peut être la même entre un patient et un étudiant ?**

L'erreur

Objectifs : Comparer les représentations des soignants en ce qui concerne l'erreur et la faute professionnelle

- **Vous êtes-vous déjà trompé lors d'un soin pendant votre formation infirmière ?
Pouvez-vous me raconter la situation ? Est-ce qu'il y a eu des conséquences pour le patient ?**
- **Est-ce que cela peut être qualifié d'erreur ?**
- **Quelle différence faites-vous entre l'erreur et la faute ?**
- **Le patient a-t-il été mis au courant de cette erreur ou s'en est-il aperçu ?**

L'étudiant dans le soin

Objectifs : Repérer la place de l'erreur dans l'apprentissage pour le soignant.

Distinguer les différences de perception de l'erreur en fonction du statut de la personne responsable.

- **Pensez-vous que l'erreur soit perçue différemment par l'IDE si elle est faite par un étudiant ou par un professionnel ?**
- **Pensez-vous que pour le patient ce soit différent également ?**
- **Quelle place à eu cette erreur dans votre formation ?**
- **impact positif ou négatif ?**

Objectif : Identifier l'impact de l'erreur sur la relation de confiance entre le patient et l'étudiant.

- **Est-ce que dans votre situation cet incident a changé quelque chose avec le patient ?**
- **Selon vous, est-ce que l'erreur à un impact sur la relation de confiance ?**

Annexe II : Retranscription entretien IDE A

ESI: Pour commencer, peux-tu stp te présenter : me dire où tu travailles et parler de ton parcours et de ton expérience ?

IDE A : Je m'appelle A.B, j'ai 31 ans et je travaille actuellement en tant qu'IDE libéral depuis 2 ans et demi, et avant j'étais sur le service d'HAD, hospitalisation à domicile de la clinique pasteur où j'ai travaillé pendant 7/8ans et c'était sur du domicile aussi, j'étais salarié de la clinique et j'intervenais à domicile. Donc il y a tous types de patients ça peut-être des enfants, des adultes, des post-chir, de la cancéro, c'est très diversifié.

ESI: Ah oui d'accord l'HAD je ne connais pas comme service.

IDE A : En fait, c'est l'hôpital qui se déplace à la maison. Donc ça peut-être des soins assez techniques, ça peut-être des pansements très lourds qui durent plus d'une demi heure qu'une IDE libéral peut pas prendre en charge toute seule. En fait, voilà le principe, si l'HAD n'était pas là, ils ne pourraient pas sortir à la maison. Pour certains c'est tellement lourd, qu'il y a besoin de beaucoup de moyens : des perfusions, des pompes à perfusion, des appareillages. Voilà j'ai commencé par ça.

ESI : Ok très bien.

IDE A : Je ne sais pas si j'ai assez détaillé.

ESI : Si, très bien, nickel !

Du coup ma première question c'est : Qu'est-ce qui est important pour toi dans la relation avec un patient ? Comment cela se traduit concrètement auprès du patient ?

IDE A : Bah avoir son accord, pouvoir communiquer avec lui pendant le soin, bien lui expliquer ce que je vais faire, tout en ayant son approbation, qu'il comprenne le principe du soin. Et ouais voilà c'est ça, qu'il y ait une communication entre nous deux. Je ne sais pas j'oublie certainement des choses, ce qu'il me vient comme ça c'est ça.

ESI: Non mais c'est parfait, ce qu'il te vient c'est bon !

Est-ce que cette relation avec le patient peut être rompue ? Si oui, dans quel contexte ?

IDE A : Rompue... euh bah oui elle peut-être rompue si la personne se bloque, elle se renferme sur elle même, ou elle ne veut pas nous parler, ou bah on a du mal à communiquer ensemble, c'est rare mais ça arrive y'en a qui ne veulent pas échanger avec les soignants. Est-ce que c'est parce qu'il y a eu un blocage quelconque ou après c'est peut-être plus de l'ordre de la psychiatrie ? Après est-ce que c'est plus de l'ordre de la santé mentale ou est-ce que c'est juste un blocage quelconque dans les soins. C'est ça que tu voulais ?

ESI : Est-ce que tu penses que c'est plus du coup par rapport au patient ou au soignant ? Par exemple un soignant qui pourrait rompre la relation ? Par exemple l'action d'un soignant qui pourrait rompre la relation ?

IDEA : Le fait que nous soignant on est pu faire quelque chose qui ait fait bloquer la personne ?

ESI : Oui qui bloque la relation, la personne qui du coup n'adhère plus au soin.

IDEA : Oui ça peut-être la douleur, qu'on ait fait mal à quelqu'un, un pansement douloureux. Euh bah ouais ce serait la douleur qui me vient principalement. Qu'on ait pas bien expliqué, s'il y a pas eu de communication avant, qu'on ait fait les soins sans avoir dit ce qu'on faisait, qu'on ait un peu surpris la personne, donc je pense que ça peut un peu bloquer aussi. Ah ouais j'avais pas compris la question. Euh ouais ça. De toute façon la communication ça joue beaucoup, c'est souvent en fait, on peut être bloqué si on a pas bien expliqué, ou bien dit ce que tu allais faire ou prévenir, "voilà ça peut faire mal", des choses comme ça. Là comme ça je ne vois que ça.

ESI : Ok nickel ! Est-ce que tu penses que cette relation peut être la même entre un patient et un étudiant ? Ou tu penses qu'il y a quelque chose qui change ?

IDEA : Qu'une relation peut être bloquée ?

ESI : Que la relation que tu mets en place avec le patient peut être différente entre un soignant diplômé d'état et un patient et entre un étudiant et un patient, est-ce que tu penses qu'il y a quelque chose qui change dans la relation ?

IDEA : Non c'est à peu près la même chose... bah après non... C'est une relation qui est différente parce qu'on prodigue pas de soin sur l'étudiant on lui explique

ESI : Plutôt le patient vis-à-vis de l'étudiant, par exemple quand c'est l'étudiant qui va venir faire un soin, comme le patient va le vivre, comment l'étudiant va instaurer une relation avec le patient ? Et si le patient va le recevoir de la même façon si c'est un étudiant ou un soignant diplômé.

IDEA : Aaaah oui le fait que ce soit un étudiant qui lui fasse les soins, d'accord.

Ça peut provoquer peut-être un peu de stress de la part du patient, savoir que c'est un étudiant. Je prends en l'occurrence une prise de sang, si la personne dit "je suis étudiant" bah tout de suite ça va être "t'as déjà fait beaucoup de prise de sang ?", ça peut stresser. Je pense qu'après ça dépend en quelle année on est, mais on est peut-être un peu moins à l'aise qu'une infirmière ou infirmier qui a pratiqué pendant plusieurs années mais voilà ça peut ne pas forcément mettre le patient trop à l'aise. Peut-être qu'il y a un peu moins de communication, parce que quand on est étudiant on est peut-être un peu plus rivé sur le soin que sur l'ensemble. Enfin ça c'est du vécu, je ne parlais pas autant au patient, quand j'étais étudiante que maintenant, parce que maintenant je sais ce que je fais exactement, mes soins tout ça, avant je pense que j'étais plus visée sur l'acte en soi que sur la totalité.

Je ne sais pas si c'est ce que tu voulais, faut me dire si je suis à côté de la plaque.

ESI : Non non, ce qu'il compte c'est de dire ce que ça t'évoque en premier !

Est-ce que tu t'es déjà trompée lors d'un soin pendant ta formation infirmière ? Est-ce que tu peux raconter la situation et si cela a eu des conséquences pour le patient ou pas ?

IDE A : Alors oui j'ai fait une erreur, j'étais en deuxième année, j'étais en chirurgie et en faite il y a un infirmière qui m'a demandée de faire un ECG à un patient et en fait dans une même chambre il y avait deux patients. Donc on disait côté porte et côté fenêtre. Elle me l'a dit vite fait dans le couloir "tiens fait un ECG à 220 F" et moi j'ai compris P, ou à l'inverse je me rappelle plus. Du coup j'ai fait l'ECG qui pour moi était à la bonne personne sauf que c'était chez le voisin que je l'avais fait. Sauf que j'avais aucune ordonnance, aucun truc, fin voilà c'était que ma parole contre la sienne, et quand j'ai fait l'ECG, moi je lui ai donné, donc elle l'a mis dans le dossier du mauvais patient, voilà ça s'est passé comme ça. Quand le médecin est arrivé et a vu l'ECG il a dit "Mais ça correspond pas du tout à ce patient là" et c'est là qu'on m'a demandé à qui j'avais fait l'ECG et j'ai répondu "bah au 220 F" et l'infirmière me dit "Mais non c'était au 220 P que je te demandais" et je lui ai répondu que j'avais pas du tout entendu ça. C'est des trucs tout bête mais ça a eu des conséquences, je me suis faite engueuler, voilà la conséquence, mais après ça n'a pas été plus loin parce que c'était pas un truc que j'ai administré à la mauvaise personne, voilà c'était un ECG. Il y a une personne qui a eu un ECG gratos. Mais... l'infirmière était pas très fière d'elle, et je me suis faite engueuler par le médecin. Alors que pour moi je trouve que c'était pas très justifié, fallait me donner peut-être le nom, après c'est à moi aussi de demander, mais ça s'est déroulé très vite, elle était pressée aussi, moi j'ai voulu arranger j'ai fait vite fait, soit j'ai mal compris, soit c'est elle qui a mal dit, dans tous les cas c'est sûr qu'il manquait le nom et le prénom et puis il n'y aurait pas eu cette erreur là mais après ça n'a pas été plus loin, il y a pas eu de grave conséquence, ça s'est arrêté là. Je me suis faite engueuler sur le moment.

ESI : D'accord. Du coup, ça n'a pas eu de conséquence pour le patient ?

IDE A : Pour le patient rien, et l'infirmière je crois que ça c'était arrêté là. Je crois que j'ai pris pour infirmière alors que bon elle avait un petit peu sa part de responsabilité.

ESI : Oui, surtout que les chambres doubles c'est traitre.

IDE A : C'est ça et puis au moins dire, bah voilà, pourquoi ? Je ne savais même pas pourquoi je le faisais. Après voilà le rôle d'étudiant c'est difficile, tu fais ce que l'on te demande.

ESI : Oui on essaye souvent d'arranger.

IDE A : Voilà, j'ai voulu arranger et on s'est mal comprises, et puis voilà c'était bête mais je pense elle m'aurait dit le nom de la personne, j'aurais peut-être pas fait l'erreur. Voilà c'est ça mon erreur. J'en ai peut-être fait d'autres mais c'est celle-là dont je me souviens.

ESI : C'est celle qui t'a le plus marquée, ok parfait.

Et du coup, pour toi, quelle est la différence entre l'erreur et la faute ? parce que là tu l'as qualifié comme une erreur ?

IDE A : Ouh bonne question... Pour moi la faute est plus lourde que l'erreur, je dirais comme ça. Une faute pour moi ça a des conséquences. Une erreur... ça peut avoir des conséquences. Une erreur c'est ... tu me poses une colle. Ouais pour moi une erreur c'est se tromper mais, après l'erreur.. peut

provoquer une faute ou non. Après je sais pas trop... (rire) mais c'est pas évident là la question. Ouais je dirais que la faute est plus grave, est plus lourde, elle a plus de conséquences mais j'arrive pas à te dire plus que ça, pour moi c'est plus lourd.

ESI : Ok parfait. Et est-ce que dans ta situation, le patient a été mis au courant de ton erreur ou est-ce qu'il s'en est aperçu ?

IDE A : Ça date de y'a longtemps donc je dirais que non, je ne pense pas. Non, parce qu' on lui a fait un ECG.

ESI : Il n'a pas demandé pourquoi ?

IDE A : Non parce que son voisin en avait eu un, donc du coup y'a pas eu, il n'a pas été mis au courant de ce qu'il s'était passé. Il n'était pas là quand il y a eu l'enguelade, c'était dans le poste de service donc pour moi y' a pas voilà, c'est juste qu'il a eu son ECG un peu plus tard. Le temps qu'on réalise on a perdu une demi heure, on a été vite au final. Donc non lui il était pas du tout au courant.

ESI : D'accord, ok, ça marche.

Est-ce que tu penses que l'erreur est perçue différemment par l'IDE si elle est faite par un étudiant ou par un professionnel ? Par exemple, si tu as un étudiant ou un professionnel qui fait une erreur, vas-tu les considérer différemment ?

IDE A : Si c'est un collègue qui fait une erreur et un étudiant ?

ESI : Oui

IDE A : Après tout dépend de l'erreur. Pour cette même erreur ?

ESI : Non en général. Si ça t'es déjà arrivé avec des étudiants ou un collègue est-ce que tu l'as perçu différemment ?

IDE A : Oui je le perçois différemment parce que un collègue, voilà il a son diplôme, après tout dépend de ce que c'est. Moi je pars du principe qu'on peut faire des erreurs après, il faut faire attention quand même. Après l'étudiant il est là pour apprendre donc qu'il fasse une erreur en fait ça peut arriver puisqu'il est là pour apprendre. Il doit être encadré donc s'il fait des erreurs, l'erreur normalement ne doit pas aller trop loin puisqu'on l'encadre. Donc logiquement, qu'il en fasse en même temps, il est là pour ça, il est là pour apprendre, donc forcément on peut faire des erreurs. Après ça n'empêche qu'un professionnel peut faire des erreurs après il faut voir quel degré, mais ça peut arriver aussi mais c'est sûre que pour moi c'est pas du tout la même chose. Un étudiant est encadré, logiquement, dans le meilleur des cas, donc il n'est pas censé faire de trop grosse erreur, ou alors il n'a peut être pas bien été encadré, après voilà, chaque cas est différent. Après, plus tu vas dans les années, plus t'es un peu plus lâché aussi. Mais non non c'est pas pareil.

ESI : Et est-ce que tu penses que pour le patient c'est différent aussi ? Si par exemple c'est une infirmière diplômée qui fait une erreur sur lui ou un étudiant infirmier ? Tu penses qu'il le perçoit différemment ou pas ?

IDE A : Comme il le percevrait ?

ESI : Oui

IDE A : Je pense qu'il peut le prendre mal si c'est un étudiant qui fait une erreur, fin moi je me mets à la place du patient, si on fait une erreur sur moi, après pareil tout dépend de l'intensité de l'erreur, je me dirais "l'étudiant il était tout seul ? Comment ça se fait qu'il n'était pas encadré ? ou comment ça se fait qu'il ait pu faire cette erreur là ?" Alors que quand c'est un professionnel... c'est pareil tu cherches à comprendre pourquoi aussi... En même temps il est diplômé donc il n'est pas censé ne pas en faire, mais c'est différent, pour moi c'est complètement différent.

ESI : Oui donc il le perçoit différemment.

IDE A : Ah oui, en même temps, tout dépend de l'erreur.

ESI : Si on considère que c'est une erreur qui n'a eu aucune conséquence, qui a pas eu de conséquences graves sur sa maladie ou qui ne l'a pas aggravée.

IDE A : Ok, je pense... je pense que je serais plus énervée si c'est un étudiant ouais. C'est malheureux à dire. Mais non pas contre l'étudiant en soi mais plus "Comment ça se fait que cette erreur s'est produite comme ça ?" alors que justement il est là pour apprendre et il devrait être encadré. "Pas forcément contre lui personnellement, mais c'est la situation "Comment ça se fait qu'il a pu faire cette erreur là".

ESI : Oui je vois ce que tu veux dire.

IDE A : Après je pense que c'est plus excusable chez un professionnel de santé que chez un étudiant. Mais voilà tout en ne mettant pas la faute que contre l'étudiant.

ESI : Oui il faut prendre tout le contexte en considération.

IDE A : Ouais ouais. Plus énervée en fait contre la ou les personnes qui l'encadrent en fait. Je vois ça comme ça.

ESI : Oui d'accord

IDE A : Elles sont pas faciles tes questions je trouve, mais bon c'est bien aussi.

ESI : (rire) Du coup, quelle place à eu cette erreur dans ta formation ? Si elle en a eu une ? Qu'est-ce que tu en as ressorti de positif ou de négatif ?

IDEA : J'étais beaucoup plus vigilante quand on me demandait oralement des choses. C'est terminé, l'histoire des chambres, je demandais bien "Mr un tel ?" Voilà, j'ai fait super gaffe. Au final ça m'a servi de leçon, il y a du positif aussi mais j'essayais de plus savoir pourquoi on me demandait ça, parce qu' en faite là j'ai été un peu... J'ai fait bêtement ce qu'on m'a demandé de faire sans pour autant.. bon après il était pressé donc est-ce que j'aurais pu poser la question et aller au bout, je sais pas mais je pense que ça m'a permis de pousser un peu plus dans mes recherches. "Pourquoi on fait ça ?" et puis voilà, quitte à ce que je demande deux fois la même chose pour s'assurer de la bonne personne, je faisais plus attention. Ça m'a servi quand même. Il y a du positif dans tout ça, c'est que ça m'a servi de leçon.

ESI : Ok tant mieux. Du coup est-ce que ton incident/ ton erreur a changé quelque chose avec le patient ?

IDEA : Non vu qu'il n'a pas été au courant ça n'a rien changé, au niveau de notre relation, ça a rien changé, comme il a pas été au courant, ça s'est fait dans le poste de soin. De tête, ça fait des années. Non. Ça ne m'a pas marqué donc non.

ESI : Ouais d'accord.

IDEA : Je pense que sinon je m'en serais souvenu, s'il avait dit quelque chose.

ESI : Ok. Et dernière question, selon toi, est-ce que l'erreur à un impact sur la relation de confiance ?

IDEA : Attend répète la question.

ESI : Est-ce que selon toi l'erreur à un impact sur la relation de confiance ? Entre le soignant et l'étudiant avec le patient.

IDEA : Ah ah oui oui, une fois que tu fais une erreur, t'es beaucoup plus on va dire surveillée. Mais en même temps je trouve que c'était bien parce que j'ai fais une erreur mais ça a permis de voir aussi, que c'était pas bien ce qu'on m'a fait, fin je pense qu'elle me l'a avoué, elle s'est jamais excusée mais après, suite à cela ça lui a servi de leçon à cette infirmière, elle demandait plus comme ça des choses. Je ne sais pas si c'est la première fois qu'elle demandait ça, je sais pas, parce que j'étais pas là depuis très longtemps mais je pense que ça lui a servi de leçon, d'ailleurs après elle me répétait bien le nom du patient, sa chambre. Donc au final des fois ça a du bien des petites erreurs sans conséquences comme ça, ça permet de s'améliorer après.

ESI : Ok. Et en général du coup tu penses que le patient laisserait faire une personne qui a fait une erreur sur lui, refaire un soin ? En partant toujours d'une erreur sans conséquence.

IDEA : Ok. Mmmh...

ESI : Tu penses que la relation de confiance peut quand même être recréée ou ne pas être rompue ?

IDE A: Ouais je pense en expliquant. En expliquant comment ça s'est passé, que voilà ça se reproduira plus, que voilà, cette erreur elle s'est passée comme ça parce qu'il y a eu un problème de communication. Mais voilà je pense qu'en communiquant on peut remettre cette confiance là entre le patient et l'étudiant et ça peut repartir bien fin je pense. Après il y a des personnes, elles sont têtues, on aura beau dire ce qu'on veut, elles ne voudront plus voir la personne. Mais je pense que oui oui, si c'est pas une grosse erreur, c'est une erreur sans conséquence ouais, je pense qu'en expliquant les choses et en étant honnête ça peut repartir.

ESI: Ok, c'était ma dernière question, merci.

Annexe III : Retranscription IDE B

ESI : Est-ce que tu peux te présenter et raconter un peu ton parcours en tant qu'infirmière ?

IDE B : Oui, donc moi c'est IDE B je suis infirmière, j'ai été diplômée en juillet 2021 et du coup j'ai commencé à travailler au CHU d'angers. J'ai commencé le 16 Juillet. Depuis Octobre 2021 je suis en hépato-gastro, c'est de l'hôpital de semaine et de jour.

ESI : Ok nickel et ça te plaît ?

IDE B : Ouais ça me plaît bien.

ESI : Ok, parfait. Du coup ma première question c'est : Qu'est-ce qui est important pour toi dans la relation avec un patient ? Comment cela se traduit concrètement auprès du patient ?

IDE B : Alors pour les choses importantes c'est vraiment de l'accompagner de A à Z, de de le rassurer aussi quand il faut, parce que généralement quand les patients sont à l'hôpital ce n'est pas forcément pour des bonnes raisons on va dire. Donc plus le fait de les rassurer, les accompagner au mieux dans les examens qu'ils viennent passer par exemple, dans le diagnostic aussi qu'on peut trouver lors des examens parce que je sais que des fois ils trouvent des cancers, des choses comme ça donc c'est pas des choses très sympa. Donc le plus important c'est de vraiment les rassurer même si c'est pas toujours facile, de les accompagner au mieux. La famille aussi c'est important de bien leur expliquer les choses, tout ça. Voilà pour moi ce qui est le plus important. Après je pense qu'il a plein d'autres choses aussi que là je vois pas trop, je vais réfléchir si j'ai d'autres choses mais voilà ce qu'il me passe par la tête en premier.

ESI : Ok parfait. Ensuite, est-ce que cette relation avec le patient peut être rompue ? Si oui, dans quel contexte ?

IDE B : Oui? alors, des fois il a des patients qui vont pas... vraiment comprendre le fonctionnement de l'hôpital par exemple, il y a certaines règles à respecter car l'hôpital ce n'est pas comme à l'hôtel. Donc il y en a certains qui pensent que c'est l'hôtel, qu'ils peuvent inviter du monde dans la chambre, surtout dans le contexte du covid il y a pas mal de personne des fois, elles pensent que tout leur est dû, que tout leur est permis. Oui certes on est là pour eux pour les accompagner, mais il y a des choses aussi à respecter, il y a des protocoles, et on peut pas faire ce qu'on veut non plus. Ca a pu m'arriver d'être en confrontation entre guillemets avec des patients en leur expliquant voilà "c'est pas contre vous personnellement mais il y a des règles à respecter" et il y en a qui comprennent pas forcément quoi.

ESI : Ok, d'accord. Et ensuite, est-ce que tu penses que cette relation peut être la même entre un patient et un étudiant ?

IDE B : Alors la même situation ? Tu peux me répéter ta question ?

ESI : Est-ce que tu penses que la relation que toi tu entretiens avec le patient peut être la même entre un étudiant et un patient ?

IDE B : Ah oui, ben écoute moi je pense que oui, un étudiant peut tout à fait avoir ce type de relation avec les patients parce qu'en soit l'étudiant c'est un futur professionnel de santé aussi. Je pense que si l'étudiant choisit de faire ce métier c'est qu'il a des valeurs communes avec l'infirmier ou l'aide-soignant ou peu importe, le médecin... Fin voilà, après chacun est différent, chacun réagit différemment en fonction des situations mais je pense qu'on peut très bien ressentir la même chose même si c'est un étudiant, un infirmier ou un professionnel. Pour moi y'a pas de différence là dessus, je pense qu'on est tous amené à vivre ça .

ESI : Ok, donc pour toi il y pas de critères différents pour une relation entre un patient et un étudiant et un patient et un soignant ?

IDE B : Alors après s' il peut y avoir des divergences, par exemple ce qu'il me vient en tête là c'est que un patient une fois, il avait totalement refusé que l'étudiante le perfuse par exemple, parce qu' elle avait justement ce statut d'étudiante et pas d'infirmière. En parlant avec lui, du coup, l'étudiante a essayé de lui dire qu'elle était là pour apprendre et qu'elle avait déjà perfusé plusieurs fois et que ça c'était très bien passé. Du coup, le patient refusait vraiment de se faire perfuser par l'étudiante Donc après, je pense que ça dépend des gens, ça dépend aussi de la façon dont on emmène la chose mais oui, ça peut être un peu compliqué parfois que les patients prennent vraiment les étudiants au sérieux. Ça peut arriver quoi c'est sûre.

ESI : Ok parfait. Et est-ce que tu t'es déjà trompée lors d'un soin pendant ta formation infirmière ? Si oui, peux- tu me raconter la situation ? Est-ce qu'il y a eu des conséquences pour le patient ?

IDE B : Alors du coup oui, moi j'ai une situation qui m'a un peu marquée. C'était en 3ème année, c'était mon stage de S5, j'étais en service de diabéto-endocrino-nutrition. Du coup, il y avait deux secteurs, un côté hôpital de semaine et un secteur conventionnel, moi j'étais de ce côté. Et il y a un patient qui a été diagnostiqué diabétique de type 1 .Le médecin avait prescrit la mise en place d'une pompe à insuline pour équilibrer ses glycémies. Et en fait, l'infirmière qui était de matin m'a dit "si tu veux IDE B, tu vas poser la pompe, poser le cathéter tout ça". Donc ok moi j'étais partante, pour moi y'avait pas de soucis j'étais contente d'aller faire un nouveau soin que je ne connaissais pas. Du coup, elle m'a expliqué comment préparer tout ça donc on a préparé la pompe, le réservoir. Et au moment de poser le cathéter sur la peau, elle m'avait dit qu'on le poserait au niveau du bras... Donc moi je pensais que j'avais fait les choses correctement, donc j'ai posé le cathéter et puis en faite pendant plusieurs jours, donc je crois que c'était le lendemain ou le surlendemain le Mr était toujours en hyperglycémie Donc on se disait, c'est bizarre on a mis la pompe, on lui fait des bolus et tout ça, on a mis le débit basal en route et il y a rien qui fait baisser la glycémie. Le lendemain ou le surlendemain je sais plus exactement, l'infirmière, c'était une autre infirmière, pas celle qui m'avait accompagnée pour le soin. Elle a vu avec le médecin et ils ont dit "bon on va reposer un autre cathéter c'est peut-être le cathéter qui est défectueux ou il y a peut-être un souci au niveau du cathéter. Elle va dans la chambre du Mr et puis elle retire le cathéter et elle m'appelle un peu en panique en disant "IDE B vient voir". Je vais voir et là, elle m'explique que je n'avais pas retiré le petit embout en plastique qui protégeait le cathéter. Du coup, l'aiguille est rentrée dans la peau avec cet embout plastique.

ESI : Ah ok autour de l'aiguille il y avait le petit bout en plastique ?

IDE B : Ouais voilà, et en fait... En plus c'était une journée assez compliquée, ça faisait peut-être deux/trois jours que c'était un peu compliqué pour moi en stage tout ça donc j'en avais un peu ras le bol. Du coup j'ai craqué, j'ai dit "putain j'ai fait une grosse connerie", le patient il avait des glycémies hyper haute tu vois il était à trois/ quatre de glycémie donc c'était énorme et en faite j'ai compris que c'était à cause de ça. L'insuline ne passait pas correctement dans sa peau donc je me suis mise à pleurer quand l'infirmière m'a dit ça. Puis après, ils m'ont dit "Mais c'est pas de ta faute elle a pas regardé quand tu as fait le soin, elle t'a pas forcément dit enlève bien le petit bout en plastique". Elle a dit "c'est ni de ta faute ni de la faute de l'infirmière qui t'as encadrée". Mais voilà, c'est une des erreurs qui m'a un peu marquée. Parce que forcément le Mr ça lui a fait des glycémies hyper haute et si j'avais enlevée le petit bout en plastique c'était juste ça, mais au final ça aurait marché normalement.

ESI : Ok, c'est marrant du coup que ça ait réussi à rentrer avec le bout en plastique !

IDE B : Ouais que ça ait réussi à entrer et puis moi en faite dans la panique, dans le stress j'ai pas tilté du tout et même après j'aurais pu me dire en me remémorant le soin. J'aurais pu me dire "si j'ai oublié de faire ça" mais non j'ai vraiment eu aucun doute là dessus. C'est vraiment quand elle a enlevé le cathéter qu'on s'est rendu compte que je l'avais posé avec le protège autour.

ESI : Ah ouais d'accord ok, c'est bizarre que la pompe ne sonnait pas, pour le débit !

IDE B : En fait je pense que l'insuline elle s'envoyait mais ça s'envoyait je sais pas trop comment, dans la peau je pense quand même mais pas assez pour que ça régule la glycémie.

ESI : Ok, ok d'accord ça marche. Et est-ce que tu peux qualifier ça d'erreur ?

IDE B : Oui pour moi c'est une erreur, de toute façon j'ai toujours dit après justement qu'elle ait enlevé le cathéter, je me suis dit "mais c'est la première fois que ça m'arrive ce type de situation". Devant mes collègues je disais "je suis vraiment désolée j'aurais dû faire attention, je sais pas pourquoi j'ai pas enlevé ce petit bout en plastique". Et pour moi c'était une erreur oui et après on a essayé de me rassurer en me disant que ce n'était pas dramatique, c'était pas une erreur importante pour la santé du patient, même s'il était en hyperglycémie ça pouvait se rattraper. C'était pas une erreur qui allait rester sur du long terme quoi.

ESI : Oui d'accord et du coup qu'est-ce que tu fais comme différence entre l'erreur et la faute ?

IDE B : Alors pour moi.. la différence entre l'erreur et la faute... Pour moi l'erreur c'est réparable je dirais. Une erreur ça peut être... Est-ce qu'une erreur peut être réparable à tous les coups ou pas ? Je suis en train de me poser la question. Pour moi une erreur ouais ça peut être repérable à tous les coups, plutôt qu'une faute c'est quelque chose qui a des répercussions vraiment, je pense sur la santé du patient. Je dirais pas que moi j'ai fait une faute, je dirais plus que j'ai fait une erreur qui a pu être réparée après. Par contre, une faute pour moi ,c'est quelque chose qui met vraiment en danger la vie du patient ou qui peut altérer son état de santé par exemple.

ESI : Ok d'accord, et toi du coup le patient a été mis au courant de ton erreur ?

IDE B : Alors oui du coup parce que le cathéter a été enlevé devant lui, donc forcément il a tout entendu, tout compris, voilà. Et c'est vrai qu'une fois j'ai dû retourner dans la chambre de ce Mr, il était en chambre double et j'ai dû retourner pour voir le voisin et lui donner des médicaments. Et en fait c'était quelques minutes ou quelques heures après qu'on se soit aperçu de ça et du coup il m'a parlé le Mr. Alors je sais plus exactement ce qu'il m'a dit parce du coup je commençais vraiment à avoir les larmes qui montaient et je ne voulais pas pleurer devant lui ou quoi que ce soit mais je me sentais vraiment mal. Du coup il m'a dit "Mais c'est pas de votre faute" il me semble, et puis voilà il m'en voulait pas, il m'a dit "je vous en veux pas, c'est aussi l'infirmière qui a pas regardé vraiment, qui vous a pas dit d'enlever le petit bout de plastique". Mais en soit il me disait qu'il ne m'en voulait pas et que c'était pas dramatique. Mais j'étais vraiment... Pas à l'aise du tout de retourner dans la chambre et j'avais vraiment pas envie de croiser le Mr;

ESI : Je comprends, ce n'est pas facile. Et est-ce que tu penses que l'erreur est perçue différemment par l'IDE si elle est faite par un étudiant ou par un professionnel ?

IDE B : Alors je pense que, bon après ça dépend des gens aussi, de leur personnalité, leur caractère, tout ça. Après je pense qu'on a plus tendance à dire que si l'étudiant fait une erreur c'est, fin il est en apprentissage, il n'est pas diplômé. Après moi je dis, l'erreur arrive à tout le monde, qu'on soit diplômé ou non en soit on peut très bien faire des erreurs et ne pas, c'est pas forcément de notre faute. Mais je pense que c'est peut-être plus facile entre guillemets et peut-être plus... J'arrive pas à trouver mon mot mais c'est peut-être plus judicieux je sais pas de dire que oui l'étudiant il peut faire plus d'erreur qu'un infirmier par exemple.

ESI : Ok et est-ce que tu penses que pour un patient c'est différent aussi ?

IDE B : Alors, oui je pense que ça peut être différent pour le patient aussi... Dans un sens où, comme je disais tout à l'heure. Le patient qui ne voulait pas que ce soit l'étudiante qui le perfuse, je pense que par exemple que si l'étudiante l'avait perfusé et l'avait raté, admettons. Il aurait peut-être été plus virulent en quelque sorte avec l'étudiante plutôt qu'avec moi si j'avais raté je pense... Pourtant c'est bête parce que l'étudiant est en apprentissage; et que voilà il est là pour apprendre, pour s'entraîner aussi et pour faire les soins comme les infirmiers. Mais... dans cette situation là je pense qu'il aurait pu réagir dans ce sens là.

ESI : D'accord ok. Du coup quelle place à eu cette erreur dans ta formation ?

IDE B : Et bien après moi j'ai toujours dit c'est pas parce qu'on fait des erreurs... qu'on sera une mauvaise infirmière ou quoi que ce soit. Je pense que l'erreur est comme on dit "l'erreur est humaine" donc je pense que tout le monde fait des erreurs dans son métier même si ce n'est pas forcément des métiers de la santé. Après ça dépend aussi du degré de l'erreur, comme je disais tout à l'heure, là c'était réversible. Après y'a des erreurs qui peuvent être beaucoup plus grave que ça mais... C'est vrai que sur le moment tu te dis "bah oui j'ai fait une erreur et ça peut jouer sur ton

stage par exemple, ça peut jouer sur ta confiance en toi aussi". Mais, je me dis que du coup j'apprends, j'apprends de ces erreurs et on peut toujours faire mieux en fait après ça.

ESI : Et du coup quels ont été les impacts positifs et négatifs pour toi après ?

IDE B : Je dirais que ce qui était négatif c'était plus sur.. ma formation, j'ai perdu confiance en moi, je me demandais si j'étais vraiment capable d'être infirmière"si je fais des erreurs comme ça, est-ce que je risque pas de mettre en danger un patient. On réfléchit loin, c'est vrai, on se dit est-ce que c'est normal d'avoir fait cette erreur. Mais après, au niveau du positif comme je disais, quand on fait une erreur, on ne la refait pas deux fois. J'ai reposé d'autres pompes et je n'ai pas fait d'erreur, et voilà ça a très bien fonctionné. Donc, je pense qu'en faisant l'erreur, on apprend à faire le geste correctement et à ne pas répéter cette erreur là.

ESI : Ok et du coup est-ce que dans ta situation cet incident a changé quelque chose entre toi et le patient ?

IDE B : Oui, comme je disais, après j'avais pas forcément envie de retourner dans sa chambre. Il me semble bien que du coup les infirmières, j'avais bien discuté avec elles après suite à cette erreur là, elles m'avaient dit, si tu te sens pas à l'aise et si tu te sens pas capable de prendre en soin ce patient suite à ce qu'il s'est passé, tu n'es pas obligée de retourner dans sa chambre. On se partagera les tâches et on fera autrement. Mais ce Mr là, a quitté le service quelques jours après. Mais, je ne crois pas l'avoir repris en soin après cette erreur-là, parce que du coup je me disais "est-ce que je suis légitime à retourner dans cette chambre, à refaire des soins. Est-ce qu'il va me prendre au sérieux ? Est-ce qu'il va pas avoir peur que je rate encore une fois ?" Tu vois on se fait plein de films dans notre tête, est-ce qu'il va douter de nous ? Donc, là oui, ça a altéré un peu la situation avec le patient parce que forcément j'y suis pas retournée après.

ESI : D'accord. Du coup ma dernière question, selon toi, est-ce que l'erreur à un impact sur la relation de confiance ?

IDE B : Alors je dirais oui et non encore une fois. Tout dépend aussi du patient et tout dépend du caractère et de la personnalité du soignant aussi. Je dirais que forcément la relation de confiance que le patient entretient envers le soignant, oui ça peut l'altérer. Parce qu'il peut ne plus faire confiance à l'infirmier ou à l'étudiant qui l'a pris en soin. Comme je disais moi j'avais cette crainte que le patient ne veuille plus que je m'occupe de lui parce que j'avais fait l'erreur une fois et peut-être que j'aurais pu faire d'autres erreurs en faisant d'autres soins. Après, c'est moi qui avait cette crainte là, le patient lui m'avait clairement dit qu'il ne m'en voulait pas. Mais, peut-être qu'au fond de lui, il aurait pensé à cette situation où il a eu cette erreur et peut-être qu'il avait plus autant confiance en moi. Après je pense que de l'autre point de vu du coup, le côté soignant pareil, moi comme je te disais, je me disais "le Mr va plus me faire confiance, donc il faut que ce soit quelqu'un d'autre qui y aille à ma place tout ça. Donc, je pense que ça peut altérer un peu la situation, après si on met les choses au clair entre le patient et le soignant ça peut aussi très bien fonctionner pour la suite. Voilà je pense que c'est un peu un entre deux.

ESI : Merci c'était ma dernière question.

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens

La relation de confiance

Objectifs : Identifier ce qu'est la relation de confiance et quels en sont les critères/ conditions.

Thème	La relation de confiance
Objectif	Identifier ce qu'est la relation de confiance et quels en sont les critères/ conditions.

Les conditions de la relation			Les limites de la relation	
<p>Communication : <u>IDE A</u> : “communiquer avec lui pendant le soin”, “expliquer ce que je vais faire”, “il comprenne le principe du soin”, “elle veut pas nous parler”, “on a du mal à communiquer ensemble”, “y’en a qui veulent pas échanger avec les soignants”, “pas bien expliqué, s’il y a pas eu de communication avant”, “on fait les soins sans avoir dit ce qu’on faisait, qu’on ait un peu surpris la personne”, “la communication ça joue beaucoup”, “un patient peut être bloqué si on a pas bien expliqué, ou bien dit ce que tu allais faire ou prévenir”</p> <p><u>IDE B</u> : “bien leur expliquer les choses”, “leur expliquant”</p>	<p>Consentement ; <u>IDE A</u> : “son accord”, “ayant son approbation”</p>	<p>L’accompagnement : <u>IDE B</u> : “l’accompagner de A à Z” x3 “rassurer” x3 “la famille aussi c’est important”</p>	<p>Douleur : <u>IDE A</u> : “ça peut-être la douleur, qu’on ait fait mal à quelqu’un, “un pansement douloureux”</p>	<p>La personnalité du patient : <u>IDE A</u> : “la personne elle se bloque, elle se renferme sur elle même”,</p> <p><u>IDE B</u> : “les patients qui vont pas... vraiment comprendre le fonctionnement de l’hôpital” “il y a des choses à respecter”</p>

12	2	7	2	3
----	---	---	---	---

Thème	La relation de confiance		
Objectif	Déterminer s'il existe des critères différents pour la relation de confiance entre un étudiant et un patient.		
<p>L'appréhension : <u>IDE A</u> : "un peu de stress de la part du patient", "si la personne dit "je suis étudiant" bah tout de suite ça va être "t'as déjà beaucoup de prise de sang ?", ça peut stresser", "ça peut ne pas forcément mettre le patient trop à l'aise"</p>	<p>Le statut : <u>IDE A</u> : "ça dépend en quelle année on est", "on est peut-être un peu moins à l'aise qu'une infirmière", "quand on est étudiant on est peut-être un peu plus rivé sur le soin que sur l'ensemble", "j'étais plus visé sur l'acte en soi que sur la totalité" <u>IDE B</u> : "l'étudiant c'est un futur professionnel de santé", "valeurs communes avec l'infirmier ou l'aide-soignant", "elle avait justement ce statut d'étudiante et pas d'infirmière"</p>	<p>La communication : <u>IDE A</u> : "qu'il y a un peu moins de communication" <u>IDE B</u> : "chacun réagit différemment", "ça dépend des gens, ça dépend aussi de la façon dont on emmène la chose"</p>	
3	7	3	

L'erreur

Objectifs : Comparer les représentations des soignants en ce qui concerne l'erreur et la faute professionnelle

Thème	L'erreur
Objectif	Comparer les représentations des soignants en ce qui concerne l'erreur et la faute professionnelle.

L'erreur		La faute
<p>Non délétère : <u>IDE A</u> : "Une erreur...ça peut avoir des conséquences", "pour moi une erreur c'est se tromper", "après l'erreur.. peut provoquer une faute"</p> <p><u>IDE B</u> : "l'erreur c'est réparable", "une erreur ouais ça peut-être réparable à tous les coups", "j'ai fait une erreur qui a pu être réparée après."</p>	<p>Les causes : facteurs <u>IDE A</u> : "pour moi était la bonne personne sauf que c'était chez le voisin que je l'avais fait", "le dossier du mauvais patient", "ça s'est déroulé très vite", "soit j'ai mal compris, soit c'est elle qui a mal dit", "c'est sure qu'il manquait le nom et le prénom", "Je savais même pas pourquoi je le faisais", "on s'est mal comprises" "tu cherches à comprendre pourquoi" "Comment ça se fait que cette erreur s'est produite comme ça ?"</p> <p><u>IDE B</u> : " c'est pas forcément de notre faute"</p>	<p>Délétère : <u>IDE A</u> : "Pour moi la faute est plus lourde que l'erreur", "Une faute pour moi ça a des conséquences", "la faute est plus grave, est plus lourde", "elle a plus de conséquences"</p> <p><u>IDE B</u> : "une faute c'est quelque chose qui a des répercussions (...) sur la santé du patient", "met vraiment en danger la vie du patient ou qui peut altérer son état de santé"</p>
6	8	6

L'étudiant dans le soin

Objectifs : Repérer la place de l'erreur dans l'apprentissage pour le soignant.

Distinguer les différences de perception de l'erreur en fonction du statut de la personne responsable.

Thème		L'étudiant dans le soin		
Objectifs		Repérer la place de l'erreur dans l'apprentissage pour le soignant. Distinguer les différences de perception de l'erreur en fonction du statut de la personne responsable.		
Points positifs et négatifs		Les différences de perception		L'encadrement
Positifs	Négatifs	Le statut de la personne responsable	Les facteurs modulables	
<p>IDE A : "beaucoup plus vigilante", "j'ai fait super gaffe", "ça m'a servi de leçon"(x2), "il y a du positif aussi, j'essayais de plus savoir pourquoi ", "ça m'a permis de pousser un peu plus dans mes recherches", "Ça m'a servi quand même", "y'a du positif dans tout ça"(x2) ; "ça m'a servi de leçon"</p> <p>IDE B : "j'apprends" ; "j'apprends de ces erreurs et on peut toujours faire mieux" ; "une erreur on la refait pas deux fois" ; "on apprend à faire le geste correctement"</p>	<p>IDE A : "je me suis fait engueuler"</p> <p>IDE B : "ça peut jouer sur ton stage" ; "ça peut jouer sur ta confiance en toi" ; "ma formation" ; "ma confiance en moi, je me demandais si j'étais vraiment capable d'être infirmière" ; "est-ce que je risque de pas mettre en danger un patient"</p>	<p>IDE A : "un collègue voilà il a son diplôme" ; "l'étudiant il est là pour apprendre donc qu'il fasse une erreur en fait ça peut arriver" ; "un professionnel peut faire des erreurs" ; "plus tu vas dans les années, plus t'es un peu plus lâché aussi" ; "il est diplômé donc il est pas censé en faire" ; "plus énervée si c'est un étudiant" ; "c'est plus excusable chez un professionnel de santé"</p> <p>IDE B : "il est en apprentissage, il est pas diplômé" ; "l'erreur arrive à tout le monde, qu'on soit diplômé ou non en soit on peut très bien faire des erreurs" ; "oui l'étudiant il peut faire plus d'erreur qu'un infirmier" ; "le patient peut-être plus virulent en quelque sorte avec l'étudiant" ; "l'étudiant est en apprentissage, il est là pour apprendre"</p>	<p>IDE A : "tout dépend de ce que c'est" ; "il faut voir quel degré" ; "chaque cas est différent" ; "tout dépend de l'intensité de l'erreur" ; "tout dépend de l'erreur" ; "c'est la situation"</p> <p>IDE B : "ça dépend des gens aussi, de leur personnalité, leur caractère" ; "c'est pas forcément de notre faute" ; "ça dépend aussi du degré de l'erreur"</p>	<p>IDE A : "il est là pour ça, il est là pour apprendre" ; "il doit être encadré" ; "l'erreur normalement ne doit pas aller trop loin puisqu'on l'encadre" ; "un étudiant est encadré logiquement, donc il n'est pas censé faire de trop grosses erreurs" ; "il n'a peut-être pas bien été encadré" ; "on peut faire des erreurs" ; "le patient peut le prendre mal si c'est un étudiant qui fait une erreur" ; "comment ça se fait qu'il n'était pas encadré ?" ; "il est là pour apprendre et il devrait être encadré" ; "ne mettant pas la faute que contre l'étudiant" ; "plus énervée en fait contre la ou les personnes qui l'encadrent"</p>

		; "l'erreur est humaine" ; "tout le monde fait des erreurs dans son métier"		
14	6	14	9	11

Objectif : Identifier l'impact de l'erreur sur la relation de confiance entre le patient et l'étudiant.

Thème	L'étudiant dans le soin
Objectifs	Identifier l'impact de l'erreur sur la relation de confiance entre le patient et l'étudiant.

Confiance ou relation???	Information du patient	Les solutions	Les facteurs modulables
<p><u>IDE A</u> : "ça n'a rien changé" x2</p> <p><u>IDE B</u> : "oui ça peut altérer", "il peut ne plus faire confiance à l'infirmier ou à l'étudiant qui l'a pris en soin",</p>	<p><u>IDE A</u> : "il n'a pas été au courant" x2</p> <p><u>IDE B</u> : "le cathéter a été enlevé devant lui, donc forcément il a tout entendu, tout compris"</p>	<p><u>IDE A</u> : "en expliquant comment ça s'est passé", "ça se reproduira plus", "un problème de communication", "en communiquant on peut remettre cette confiance", "entre le patient et l'étudiant et ça peut repartir bien", "qu'en expliquant les choses", "en étant honnête ça peut repartir"</p> <p><u>IDE B</u> : "si on met les choses au clair entre le patient et le soignant ça peut aussi très bien fonctionner"</p>	<p><u>IDE A</u> : "des personnes elles sont têtues", "elles voudront plus voir la personne", "si c'est pas une grosse erreur", "une erreur sans conséquence ouais"</p> <p><u>IDE B</u> : "Tout dépend aussi du patient", "tout dépend du caractère et de la personnalité du soignant"</p>
4	3	8	6

Abstract

NOM : SALIOU

PRENOM : Camille

TITRE : L'impact de l'erreur dans la relation de confiance entre un étudiant et un patient.

An essential element in patient care is a trusting relationship. Through my internships I was able to be the author or the spectator of various mistakes in the care units. This situation is even more difficult when it can have consequences for the patient. This thesis attempts to answer the following: to what extent does a no deleterious mistake made by a student during care on a patient have an impact on trusting relationships in the developments of the care?

The interest of this research is to identify conditions that promote trusting relationships and to evaluate the impact of error in learning. To do this I consulted the literature to find out what the authors thought about my subject. The majority judge mistakes as an essential part of learning and a means of enriching their training. Then, I contacted two nurses to answer a series of questions that allowed me to identify the essential elements of a trusting relationship : communication, consent and accompaniment. Through the discussion I was able to make links with the ideas in the literature, the nurses and my own. The information that emerges is that the impact of the error on trusting relationships depends on several factors such as patient information, the conditions of the relationship and the personality of the two people involved. Finally, if I were to continue this work from another angle, I would focus on the terms and conditions of learning that avoid mistakes.

Un des éléments essentiels dans la prise en soin des patients est la relation de confiance. A travers mes stages j'ai pu être l'auteur ou la spectatrice de différentes erreurs dans les services de soins. Cette situation est encore plus difficile à vivre lorsque cela peut avoir des conséquences directes sur le patient. Pour explorer cela, je me suis orientée vers la question de départ suivante : En quoi une erreur non délétère pour le patient, commise par un étudiant lors d'un soin, peut-elle impacter la relation de confiance dans la suite de la prise en charge ?

L'intérêt de cette recherche est d'identifier les conditions de la relation de confiance et d'évaluer l'impact de l'erreur dans l'apprentissage. Pour cela je suis allée m'instruire dans les livres pour connaître l'avis des auteurs sur mon sujet. La majorité considère l'erreur comme un élément indispensable de l'apprentissage et un moyen d'enrichir sa formation. Ensuite, j'ai contacté deux infirmières pour répondre à une série de questions qui m'ont permis d'identifier les éléments essentiels de la relation de confiance : la communication, le consentement et l'accompagnement.

A travers la discussion j'ai pu faire des liens avec les idées des livres, des infirmières et des miennes. Les informations qui se dégagent sont que l'impact de l'erreur sur la relation de confiance dépend de plusieurs facteurs comme, l'information du patient, les conditions de la relation et les caractères des deux protagonistes. Pour finir, si je devais continuer ce travail sous un autre angle, je me concentrerais sur les modalités d'apprentissage qui permettent d'éviter l'erreur.

Key words : Take care/ Mistake/ Trusting relationship /Learning/ Communication

Mots clés : Prendre soin/ Erreur/ Relation de confiance/ Apprentissage/ Communication/

Institut de formation en soins infirmiers
CHU Rennes, 2 Rue Henri le Guilloux, 35000 Rennes
Travail écrit de fin d'étude - 2019-2022