



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'Influence du Contexte de Travail sur les Erreurs Médicamenteuses**

Formateur référent mémoire : Kelig Auger-Duclos

Delande Alexis  
Formation infirmière  
Promotion 2021-2024

06/05/2024



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'État Infirmier**

**Travaux de fin d'études :**

### ***L'Influence du Contexte de Travail sur les Erreurs Médicamenteuses***

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

***J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'État 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 06/05/2024**

**Identité et signature de l'étudiant : DELANDE Alexis**

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<sup>er</sup> : 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'État constitue un délit.

## **Remerciements**

Je tiens tout d'abord à exprimer ma gratitude envers Kelig Auger-Duclos, pour son soutien inestimable, ses conseils éclairés et son engagement tout au long de ce projet de recherche. Sa patience, son expertise et sa disponibilité.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance envers les professionnels de santé qui ont généreusement consacré leur temps et partagé leurs expériences lors des entretiens. Leur contribution précieuse a été essentielle à la réussite de ce mémoire.

Je veux également remercier ma famille et mes amis (Yann, Clara, Oscar, Stecy, Anna, Jade et Lauriane) pour leur soutien indéfectible, leurs encouragements et leur compréhension tout au long de cette période intense. Leur présence et leur soutien ont été une source de motivation et de réconfort inestimable.

Enfin, je souhaite exprimer ma gratitude envers tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire. Leur soutien et leurs encouragements ont été des éléments déterminants dans ce projet.

Un grand Merci à chacun d'entre vous.

## Sommaire

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Cheminement vers la question de départ.....</b>	<b>2</b>
<b>Le cadre conceptuel.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Le contexte de travail.....</b>	<b>4</b>
1.1. Définition : le travail, le contexte.....	4
1.2. Les organisations de travail.....	4
1.3. Les organisations de travail à l'hôpital.....	5
1.4. La qualité de vie au travail.....	6
1.5. La sécurité au travail.....	8
<b>2. Erreurs médicamenteuses.....</b>	<b>8</b>
2.1. Les médicaments.....	8
2.1.1. Définition.....	8
2.1.2. Le circuit du médicament.....	8
2.1.3. Les bonnes pratiques du médicament.....	9
2.2. Les erreurs médicamenteuses.....	9
2.2.1. Définition des erreurs de médicaments.....	9
2.2.2. La nature de l'erreur médicamenteuse.....	10
2.2.3. Quand survient-elle ?.....	11
2.2.4. Selon la gravité.....	11
2.2.5. Les déclaration des erreurs.....	11
2.2.6. Comment les éviter ?.....	12
<b>3. Le patient.....</b>	<b>13</b>
3.1. Définition.....	13
3.2. L'implication du patient dans les soins.....	13
3.3. Les droits du patient.....	14
<b>4. Le prendre soins.....</b>	<b>15</b>
4.1. Définition.....	15
<b>Le dispositif méthodologique du recueil de données.....</b>	<b>16</b>
<b>L'analyse descriptive des entretiens.....</b>	<b>17</b>
1. Leur expérience professionnelle.....	17
2. L'organisation et le rythme de travail dans le service.....	17

3. L'organisation adoptée lors des soins.....	17
4. Les difficultés inhérentes au poste.....	18
5. Les différents axes d'amélioration.....	18
6. La qualité de vie au travail.....	19
<b>La discussion.....</b>	<b>20</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>24</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>25</b>
<b>Annexe I : Guide d'entretien.....</b>	<b>29</b>
<b>Annexe II : Entretien n°1.....</b>	<b>30</b>
<b>Annexe III: entretien n°2.....</b>	<b>34</b>
<b>Annexe IV: Tableau d'analyse.....</b>	<b>38</b>

## **Introduction**

Dans le cadre de ma dernière année de formation en soins infirmiers et des unités d'enseignement du semestre 6 : l'UE 3.4 "Initiation à la Démarche de Recherche" et l'UE 5.6 "Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles", je suis amené à réaliser un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers (MIRSI). Ce travail représente l'aboutissement de ces trois dernières années de cours et de stages qui m'ont permis de me construire et d'évoluer en tant que futur professionnel de santé. Ces trois années m'ont également fait grandir à titre personnel dans la vie de tous les jours.

Le choix de ce sujet sur l'erreur médicamenteuse m'est apparu comme une évidence. Il s'agit d'un sujet des plus importants, qui touche une grande majorité des professionnels de santé. De plus, j'ai toujours eu un attrait pour les conditions de travail, afin de faire en sorte qu'elles soient des plus optimales surtout dans un métier où une erreur peut avoir de graves conséquences. J'aime également connaître l'origine des erreurs afin de ne plus les commettre et de les rectifier. J'ai toujours voulu travailler de manière qualitative pour assurer la sécurité du patient ainsi que la mienne.

Je vais alors vous guider dans ma réflexion en commençant par mon cheminement vers ma question de départ, pour ensuite ouvrir sur mon cadre conceptuel et l'analyse de mes entretiens, puis pour finir, ma discussion.

## **Cheminement vers la question de départ**

### **1. La situation d'appel**

Lors de mon stage au centre médical des armées, j'ai eu la chance de participer à une incorporation (arrivée d'un nouveau personnel militaire sur le régiment). Lors de cette incorporation, une visite médicale est obligatoire pour l'ensemble du nouveau personnel. Lors de celle-ci, un bilan est réalisé sur leur vaccination. La plupart des patients étaient originaires d'outre-mer et n'étaient pas à jour sur leur vaccination, le suivi de la vaccination étant plus compliqué là-bas. Afin d'être incorporés, les maladies contre lesquelles les vaccinations doivent obligatoirement être effectuées sont les hépatites A et B, la méningite, la rougeole, l'oreillon, la rubéole, la DTP, la fièvre jaune et le Covid19. Nous réalisons alors sur place les vaccins manquants. Chez certains, nous réalisons jusqu'à 4 vaccins. J'étais alors avec deux infirmiers : l'un s'occupait d'enregistrer les vaccins informatiquement et de nous dire quel vaccin était à réaliser et l'autre me supervisait lors des vaccinations, mais aussi pour vacciner avec moi dans le cas où plusieurs vaccins étaient à réaliser. Nous avions 32 personnes à voir en consultation et à vacciner. Le premier patient arrive, l'infirmier me dit alors de préparer les vaccins à réaliser sous la supervision du second infirmier. Je récupère les vaccins dans le frigo en prenant en compte les dates de péremption présentes sur chaque lot, note sur la feuille de suivi quel vaccin je retire du frigo, prépare les vaccins, l'infirmier vérifie, je passe alors à l'injection en expliquant l'acte au patient, l'utilité de ces vaccins, et la différence entre certains vaccins (vaccin activé et inactivé); cela pour tous les patients. A l'arrivée d'un nouveau patient, j'effectue de nouveaux les mêmes actes, et cela tout l'après-midi. En fin d'après-midi, l'infirmier qui me supervise est appelé pour une urgence. Il me demande alors si je me sens en capacité de continuer seul. Ayant déjà fait cela tout l'après-midi, je valide cette proposition, sachant qu'un IDE (infirmier diplômé d'état) est toujours présent. Après le passage d'une vingtaine de patients, un nouveau patient s'installe. J'effectue une nouvelle fois l'administration de trois vaccins pour cette personne. Mais au moment de rentrer les vaccins informatiquement, l'infirmier me dit qu'il y a une erreur, que le vaccin ne correspond pas à la prescription médicale. Je refais alors tout le chemin de mon soin et réalise qu'au moment de prendre les vaccins du frigo, étant en pleine discussion avec l'infirmier positionné devant l'ordinateur, une erreur s'était produite. J'avais sorti plusieurs vaccins : celui pour la méningite (nimenrix), celui pour le ROR (Priorix), ainsi que celui pour l'hépatite B (Engerix B20). Pour ce dernier, j'avais le choix entre 2 lots au fond du frigo. J'avais alors pris celui avec la date limite d'utilisation la plus courte. En regardant dans le frigo après coup, je réalise que les 2 lots étaient différents alors que je pensais qu'ils étaient identiques. Celui avec la date d'utilisation la plus longue était celui à réaliser (Engerix B20) alors que le second lot que j'avais pris était destiné à la vaccination contre les hépatites A et B (Twinrix). J'explique alors mon erreur à l'infirmier qui me rappelle de toujours bien effectuer une double vérification, qu'une petite erreur d'inattention peut avoir de grandes

conséquences. Je n'ai pas su répondre à mon interlocuteur, me trouvant bête sur l'instant. Il me dit alors d'aller expliquer mon erreur au médecin. Ce que j'ai fait tout en regardant mes pieds et me sentant mal d'avoir fait une si bête erreur. Le médecin m'explique que le schéma vaccinal sera alors modifié. Je me suis alors excusé auprès de l'équipe soignante et du patient qui a été très compréhensif et qui n'a pas tenu rigueur de mon erreur. L'infirmier me propose de faire un débriefing, il me dit que lui aussi a commis une erreur en me laissant seul réaliser les soins. Il me demande comment je me sens à la suite de cette erreur, me sonde quant à mon ressenti. Ce à quoi je réponds que je suis embarrassé, mais que ce sont des choses qui arrivent. Je suis rassuré de savoir que cela n'aura pas d'impact grave sur le patient. Il conclut en me disant que si j'ai le moindre doute ou la moindre question, il est là pour moi et il ne fallait pas que j'hésite à le solliciter.

## **2. Questionnements issus de la situation**

A la suite de cette situation, je me suis alors questionné sur la manière dont les erreurs médicamenteuses se produisent. La répétition d'une même tâche engendrerait-elle une baisse d'attention ? Rendra-t-elle l'acte anodin à nos yeux ? Ce qui amènerait alors à l'erreur médicamenteuse ?

Certains mots sont ressortis de ma situation : erreurs médicamenteuses, contexte de travail, interruption de tâche.

## **3. La question de départ**

Suite à ma situation d'appel, mon questionnement m'a permis d'obtenir et de valider ma question de départ, qui est la suivante:

**-Dans quelle mesure le contexte de travail influence la prise en soins IDE pouvant engendrer des risques d'erreurs médicamenteuses pour les patients ?**

A l'aide de cette question de départ, je souhaite aborder les facteurs favorisant et déclenchant les erreurs médicamenteuses. Afin de pouvoir les repérer et d'être d'autant plus attentif dans ces moments-là, mais surtout pour les éviter.

## **Le cadre conceptuel**

### **1. Le contexte de travail**

#### **1.1. Définition : le travail, le contexte**

Le contexte se définit par l'ensemble des conditions, circonstances dans lesquelles se produit un fait.

Le travail, selon Faes (2011) est “une activité humaine à part entière, une activité humaine susceptible d’avoir du sens.” (p.25-37). Blandine Jankowski-Cherrier évoque “travailler c’est donner du sens, une cohérence à son action” (p.33)

#### **1.2. Les organisations de travail**

Selon Karl Marx (sd). Cité par Berthoud (2012) évoque :

Marx distingue deux aspects dans la notion générale de travail. Dans les deux cas, le travail est défini comme activité de transformation d’un état de chose en un autre état par l’exercice, dans le temps, de forces humaines étroitement associées à des forces de la nature. Dans les deux cas, le travail est un travail productif, mais sous la première perspective, le travail apparaît comme une activité objective, anonyme ou impersonnelle et sous la seconde perspective, le travail apparaît comme une activité subjective et personnelle. C’est sous cette seconde perspective que le travail est tenu comme premier besoin de la vie.

Pour Bertrand Blancheton (2020) Taylor (s.d.), le travail en équipe entraîne des pertes de temps, dues à de nombreux mouvements et discussions. En attribuant à chaque individu une tâche spécifique à un poste fixe et en organisant le processus de production de manière méthodique, il est possible d'améliorer l'efficacité. A la suite de cela, il définit également le fordisme comme une amélioration du taylorisme. Notamment par le fait d'attribuer une seule tâche répétitive sur un même poste à un ouvrier. Un produit standardisé est transporté vers l'ouvrier grâce à une chaîne mécanisée dont les responsables déterminent la cadence. Cette structure organisationnelle permet d'atteindre des gains significatifs en termes de productivité. La suppression des déplacements, des tâches de manutention ainsi que la succession sur cette même chaîne mécanisée d'équipe se relayant afin de ne jamais arrêter la production. Le fait de produire un modèle unique (La Ford T dans le cas de Ford) entraîne une réduction du coût unitaire.

### 1.3. Les organisations de travail à l'hôpital

Lamiel Denise (2021) affirme que :

Un cycle de travail implique un rythme physiologique, une organisation et une sérénité plus ou moins forte dans l'interface vie professionnelle-vie personnelle. Le choix d'un cycle de travail doit donc être raisonné et sera analysé selon trois critères en lien avec la QVT (qualité de vie au travail) : garantir le bon fonctionnement, établir la sécurisation du temps de travail dans le service, et favoriser un rythme de travail régulier. (alternance travail-repos) (p.20)

D'après une enquête de l'ordre national des infirmiers, "Dépression, épuisement professionnel, mal-être : quelle réalité au sein de notre profession ? (2018)" cité par Françoise Perelvaig (2020) : La charge de travail est considérée comme le facteur majeur, responsable du mal être infirmier. Depuis plusieurs années à l'hôpital en raison d'une gestion budgétaire plus stricte, les soignants se retrouvent confrontés à une surcharge de travail, augmentation des tâches administratives, manque de personnel, difficultés à prendre des congés, non remplacement des absences, etc. Les infirmières effectuent un travail multi-tâches (effectuer plusieurs actions simultanément), ce qui peut occasionner de la fatigue, des erreurs et un épuisement professionnel. Réaliser des différentes tâches entre les soins comme la gestion des médicaments, l'administratif et la gestion du téléphone sont des conséquences de suppression de poste ou d'absentéisme non remplacé. En raison de ce travail multitâche, les infirmières sont amenées à réaliser des heures supplémentaires, ne pas prendre de pause et augmenter leur rythme de travail. (p35-36)

Seferdjeli & Terraneo (2015) mettent en valeur les organisations du travail :

Ce sont des éléments structurels organisés en amont de l'activité qui découpent le rythme des activités et leur contenu. Dans la première unité, ces éléments sont la répartition des patients, l'attribution des infirmières aux secteurs et le programme opératoire du jour. Dans la seconde, ce sont les horaires, la répartition par secteurs, la relève, la visite médicale, la contre-visite. On voit ainsi que des représentations de l'activité ne peuvent se forger que dans une pratique professionnelle insérée dans l'unité, car elles paraissent peu transférables d'un lieu à l'autre.

Toujours selon Seferdjeli & Terraneo (2015), les protocoles de soins infirmiers, définis comme des directives pratiques pour les techniques et les procédures à suivre, jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de la qualité des soins Ces protocoles remplissent diverses fonctions cruciales. Tout d'abord, ils permettent de mettre à jour les pratiques, remettant en question des habitudes devenues automatiques et fournissant un sujet de discussion et de partage commun. Cela contribue à la création d'une culture professionnelle locale et favorise l'intégration des nouveaux arrivants.

D'autre part, les protocoles élaborés selon des méthodologies rigoureuses, facilitent la formalisation des connaissances. Lorsqu'ils sont le résultat d'un consensus, ils légitiment les compétences infirmières. Dans le cadre de l'approche qualité, ces protocoles visent à améliorer la qualité des soins en intégrant les pratiques basées sur des preuves scientifiques les plus récentes. Ils garantissent également une uniformité des soins dispensés par différents professionnels, constituant ainsi la base des pratiques infirmières.

Cependant, les protocoles, par nature, représentent des normes idéales qui supposent que l'environnement de travail fournisse les conditions nécessaires en termes de temps, d'espace, de matériel et de ressources humaines. Cette supposition n'est pas toujours réaliste. Leur introduction dans les services nécessite du temps pour être pleinement adoptée, et leur mise à jour et disponibilité peuvent également demander des ressources supplémentaires au détriment de la réalisation des soins. Des études, telles que PRESST-NEXT, soulignent que les soignants expriment des réticences en raison de l'augmentation perçue de la charge administrative liée à ces protocoles.

Par ailleurs, la qualité, bien qu'elle réponde à des objectifs initiaux, ne se limite pas à ceux-ci. En ciblant à la fois les processus et les résultats, elle devient un outil de contrôle essentiel pour la rationalité économique en segmentant et stabilisant les processus en unités mesurables et comparables sur le plan statistique (benchmarking). La certification des établissements, notamment en termes de sécurité et de gestion des risques, dépend largement de la qualité. Ainsi, la préoccupation gestionnaire a envahi divers secteurs de la vie publique, y compris le social, l'éducation et la santé, initialement considérés comme préservés des enjeux concurrentiels.

#### **1.4. La qualité de vie au travail**

Le Ministère du travail (2013) définit la QVT :

La qualité de vie est le sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué. (p.20)

Pour Jankowski-Cherrier (2018), les professionnels de santé sont directement affectés par les changements rapides et parfois contradictoires des établissements de soins. Les impératifs économiques, la normalisation et les méthodes de gestion industrielle dirigent désormais leur travail. Ces facteurs deviennent des sources de détresse et de perturbation alors que l'essence du métier de soignant réside avant tout avec humanité. (p. 33)

D'après Florence Michon (2021) :

A l'heure où les établissements sanitaires et médico-sociaux manquent cruellement de moyens humains et font face à une désertification des professionnels de santé ainsi qu'à une perte d'attractivité, l'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT) devient un enjeu fort, d'autant qu'elle est reconnue depuis plus de quarante ans dans le monde entrepreneurial comme étant salvatrice pour les organisations et leur performance. Les pays anglo-saxons et scandinaves ont prouvé qu'il était nécessaire d'intégrer les salariés dans la configuration de leur poste de travail ainsi qu'aux grandes lignes des orientations stratégiques de l'entreprise. Émergente en France depuis les années 2000, la QVT commence à se déployer grâce à une prise de conscience des dirigeants que l'Homme et l'intelligence qu'il est capable de mobiliser dans le cadre de son activité, la reconnaissance de ses pairs et de sa hiérarchie, la prise en considération de sa perception du travail et du cadre de vie professionnel dans lequel il évolue, l'aspiration de trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, sont de puissants leviers de performance au travail et de transformation des organisations. La QVT telle qu'elle est envisagée aujourd'hui est une démarche volontaire et vertueuse qui doit s'intégrer dans la stratégie d'un établissement et, par conséquent, dans la politique des ressources humaines pour une prise en compte du bien-être et de l'épanouissement des salariés. L'intelligence collective, les bonnes relations interpersonnelles entre les collaborateurs, la satisfaction du travail bien fait, du "beau travail", contribuent fortement à sa mise en œuvre et au développement d'un sentiment d'appartenance à visée corporate favorisant l'attractivité et la fidélisation des professionnels. La mise en place d'une démarche QVT relève certes de la responsabilité de l'employeur, mais aussi de celle des professionnels (individuelle et collective) qui forment et stabilisent une organisation. Ces dernières années, des équipes se mobilisent pour développer des clusters QVT et des idées aussi novatrices qu'originales afin de redonner du sens au travail en prenant en compte les besoins et les attentes des professionnels comme des usagers. La QVT doit permettre la créativité de chacun au profit du collectif de travail et des organisations. (p.19)

Pronost (2014) définit le stress professionnel comme un phénomène dynamique survenant lorsque la demande est trop élevée et que les capacités d'adaptation de l'individu face à cette demande sont inefficaces. Ce stress peut être lié à l'environnement physique ce qui correspond à la pression temporelle, le manque de personnel, une importante charge de travail. Il peut également provenir de l'environnement psychologique, qui se distingue par quatre facteurs :

- L'exposition à la mortalité et à la morbidité soit le contact presque permanent dans les services avec la maladie la souffrance.
- Des difficultés dans la relation d'aide avec le patient qui met en échec le soignant, ce qui le pousse à mettre de côté l'aspect relationnel pour le technique.

- Un soutien presque inexistant, qui pousse les soignants à taire ce qu'ils ressentent.
- Des thérapeutiques et des prises en charge parfois compliquées à comprendre concernant la problématique d'un patient.

## **1.5. La sécurité au travail**

En m'appuyant sur le ministère du travail de la santé et des solidarités (2021) le CSE (comité social économique) contribue à promouvoir la santé, la sécurité et les conditions de travail dans l'entreprise et réalise des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel. Le CSE a également pour mission d'assurer une expression collective des salariés permettant la prise en compte permanente de leurs intérêts dans les décisions relatives à la gestion et à l'évolution économique et financière de l'entreprise et à l'organisation du travail, à la formation professionnelle et aux techniques de production.

## **2. Erreurs médicamenteuses**

### **2.1. Les médicaments**

#### **2.1.1. Définition**

L'art. L.5111-1 du code de la santé publique du 22 juin 2000, définit le médicament comme :

toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.

Le ministère de la santé et de la prévention nous donne une définition de la pharmacovigilance, elle “ a pour objet la surveillance des médicaments et la prévention du risque d'effet indésirable résultant de leur utilisation, que ce risque soit potentiel ou avéré. Elle constitue une garantie qui s'exerce tout au long de la vie d'un médicament.”.

#### **2.1.2. Le circuit du médicament**

Le Boeuf (2014) nous dit que :

L'administration médicamenteuse est, pour la profession infirmière et depuis son origine, une responsabilité centrale à la fois dans son rôle prescrit et dans son rôle propre. Depuis 2001, elle s'est vue élargie et d'autres activités touchant au médicament s'y ajoutent: prescription de certains produits, renouvellement de traitements, préparations extemporanées, éducation thérapeutique du patient. Pour les infirmières, ces évolutions ouvrent la voie à des relations nouvelles avec les médecins, les pharmaciens et les laboratoires pharmaceutiques. L'administration des médicaments, étape finale après la prescription médicale et la dispensation par le pharmacien, est considérée comme "l'étape la plus sensible car les moyens de détection d'une erreur médicamenteuse sont les moins nombreux et les plus difficiles à mettre en œuvre". En ville comme en établissement de santé ou médecine sociale, les infirmiers jouent un rôle essentiel de "dernier filet de sécurité" pour que le patient bénéficie du "bon médicament, à la bonne dose, conformément à la prescription, selon la bonne voie d'administration" (p. 28).

### **2.1.3. Les bonnes pratiques du médicament**

L'assurance maladie signale que la prescription complète doit comporter : l'identification complète du prescripteur, l'identité du patient, la date de rédaction de la prescription, le nom de la spécialité ou DCI, sa forme galénique, son dosage, sa voie d'administration, la durée du traitement, le nombre de renouvellement de la prescription, l'information non remboursable s'il s'agit d'un traitement qui se trouve en dehors des indications thérapeutiques remboursables et la signature du prescripteur.

D'après l'HAS (Haute Autorité de Santé) (2013):

En 1999, l'ISMP (institute of safe medicine practice) énonce la règle des 5 Rights (5 R') ou règle des 5 Bon (5 B) qui devient le fil conducteur de la sécurisation de l'administration médicamenteuse : « administrer le bon médicament, à la bonne dose, au bon moment, sur la bonne voie, au bon patient ». Ils représentent des objectifs à atteindre, pour lesquels des stratégies sont définies et mises en œuvre. (p. 11)

## **2.2. Les erreurs médicamenteuses**

### **2.2.1. Définition des erreurs de médicaments**

La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) dans l'Omédit (Observatoire des Médicaments Dispositifs médicaux Innovation Thérapeutique) Grand-Est "Erreur médicamenteuse" (2023) nous donne une définition de l'erreur médicamenteuse :

écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient. L'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non

intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient.

Dans sa fiche "L'erreur médicamenteuse" l'ANSM (l'agence nationale de sécurité du médicaments) définit celle-ci comme le fait "au cours du processus de soins impliquant un médicament, d'omettre ou de réaliser non intentionnellement un acte qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient".

L'OMEDIT Centre Val de Loire (2023) nous dit que "L'EM (erreur médicamenteuse) fait partie des événements indésirables associés aux soins. (EIAS)" (p. 1)

Selon la HAS, un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est "un événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet événement est consécutif aux actes de prévention de diagnostic ou de traitement. Il [...] n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie" Cette définition est valable quels que soient le lieu et le mode d'exercice. Les événements indésirables sont parfois très graves, avec des conséquences irréversibles sur le patient et sa famille. La transparence doit être de mise, le professionnel concerné doit déclarer tout événement indésirable. Il ne s'agit pas ici de pointer l'erreur mais de mettre en exergue les faits objectifs afin qu'elle ne se reproduise pas, pour contribuer activement à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins. La déclaration auprès des autorités compétentes est primordiale. Elle doit être accompagnée par les dirigeants et les cadres de santé, garants du bon déroulement de la procédure, sans jugement, avec une recherche des causes de défaillance, une analyse des situations et un suivi précis des événements déclarés : il s'agit de la culture positive de l'erreur. Les patients et leur famille doivent être informés des faits en toute honnêteté et sincérité. L'accompagnement des professionnels et la collaboration interdisciplinaire pour apprendre de ses erreurs via les retours d'expérience et les recommandations, prennent alors tout leur sens.

### **2.2.2. La nature de l'erreur médicamenteuse**

D'après l'HAS (2018), l'erreur peut être de plusieurs natures : elle peut venir d'une erreur de patient (identitovigilance), Erreur par omission, Erreur de médicament, de stratégie thérapeutique, protocole thérapeutique, redondance, ajout, contre-indication, forme galénique, médicament erroné, injustifié, détérioré, périmé, Erreur de dose/dosage, posologie, concentration, volume, débit de perfusion, Erreur de modalités d'administration (voie, durée de perfusion, durée d'application, technique d'administration) Erreur de moment de prise, Erreur de durée de traitement

### **2.2.3. Quand survient-elle ?**

Selon ANSM (2019) “l’erreur médicamenteuse peut survenir à chaque étape de la chaîne du soin” soit au moment de la prescription, de la délivrance, de la préparation, de l’administration, ou du suivi thérapeutique.

“Il peut s’agir d’une erreur de posologie ou de concentration, d’une confusion de médicament ou de voie d’administration, de durée de traitement,etc.” (p.1)

### **2.2.4. Selon la gravité**

L’HAS (2018) dans son guide “Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé” nous donne les niveaux de gravité des erreurs médicamenteuses : les erreurs mineures, sans conséquence pour le patient ; les erreurs significatives, qui nécessitent une surveillance du patient sans conséquence clinique pour le patient ; les erreurs majeures qui ont des conséquences cliniques temporaires qui induisent la mise en place d’un traitement ou un transfert ou d’une intervention qui ont pour conséquence d’allonger la durée d’hospitalisation ; les erreurs critiques qui ont des conséquences cliniques durables avec une atteinte psychologique ou physique irréversible ; et pour finir, les erreurs médicamenteuses catastrophiques qui mettent en jeu le pronostic vital voir le décès du patient. (p.41)

L’ANSM dans sa fiche “L’erreur médicamenteuse” (2019) définit trois types d’erreurs médicamenteuses : les erreurs avérées, les erreurs potentielles et les risques d’erreurs. Pour la première, l’administration au patient a déjà été réalisée. Dans le second cas, l’erreur est décelée avant la prise du traitement. Pour finir, les risques d’erreurs correspondent à des traitements comportant des similitudes, dénomination et conditionnements. (p.1)

### **2.2.5. Les déclaration des erreurs**

Pour l’OMEDIT Centre Val de Loire (2023) la déclaration au sein d’un établissement de santé des EM a pour but d’étudier ces EM et de mettre en place des axes de progression. Cette déclaration peut être effectuée par “Toute personne impliquée directement ou indirectement dans la prise en charge médicamenteuse : infirmier(ère), pharmacien, médecin, aide-soignant(e)...” (p. 1).

Suite à la déclaration, pour l’HAS (2021). L’EIAS est alors analysée, pour réaliser cette analyse les évènements sont alors restitués chronologiquement, avec le plus de détails et de précisions possibles. Dans un second temps a lieu l’investigation des causes de l’EIAS afin de savoir de quelle manière et en quelles circonstances cela a-t-il pu arriver. Suite à cela, a lieu la mise en évidence de ce qui a

fonctionné et des actions qui aurait pu éviter l'EIAS. La dernière étape correspond à la mise en place d'actions correctives de leur suivie ainsi que de leur diffusion au sein du centre de soins.

Les EIAS sont analysées lors de CREX, Anne-Lise Favier il s'agit de:

Crex : quatre lettres pour désigner le Comité de retour d'expérience, méthode de gestion de la sécurité des soins. Instance de décision, le Crex met en place, selon une définition qu'en donne la Haute Autorité de santé, « *une démarche organisée et systématique de recueil et d'exploitation des signaux que donne le système de santé* ». Performances, erreurs évitées, incidents ou accidents, toute expérience, *a fortiori* mauvaise, apporte un bénéfice pour maîtriser les actions à venir, l'idée étant de « *tirer des enseignements des erreurs, inhérentes à toute activité humaine afin d'empêcher qu'elles ne se reproduisent* », comme l'explique James Reason, dans une étude de 2013. La démarche inclut aussi l'analyse des signes précurseurs, car tout incident/accident est précédé d'événements annonciateurs, en quelque sorte, de la suite, eux-mêmes placés sous l'influence de facteurs contributifs (environnement, technique, processus organisationnel, facteur humain).

L'HAS nous dit que (2021) “La qualité des analyses réalisées conditionne la qualité du retour d'expérience. Ainsi, si on veut produire des recommandations, préconisations, solutions pour la sécurité utiles et fiables, la qualité des données recueillies est essentielle et doit être une priorité.”

Selon l'art R1413-68 du 11 mai 2017, du code de la santé publique “Tout professionnel de santé quels que soient son lieu et son mode d'exercice ou tout représentant légal d'établissement de santé, d'établissement de service médico-social ou d'installation autonome de chirurgie esthétique, ou la personne qu'il a désignée à cet effet qui constate un événement indésirable grave associé à des soins le déclare au directeur général de l'agence régionale de santé au moyen du formulaire prévu à l'article R. 1413-70.”

### **2.2.6. Comment les éviter ?**

D'après Lachaux JP (2016). Les petites bulles de l'attention . Se concentrer dans un monde de distraction. Cité par Françoise Perelvaig (2020). Selon lui “le secret d'une bonne concentration est d'apprendre à buller ; à aller de bulle en bulle”. La bulle par définition est donc un moment de concentration sur un seul de nos objectifs qui est simple, précis et de courte durée, en mettant tous les autres de côtés.

Hedef (2022) en citant la HAS nous donne des conseils afin d'éviter la survenue d'EM, tels que : avoir une attention accrue lors de la réalisation de calcul de dose et la réalisation d'un double contrôle

particulièrement avec les médicaments à risque (potassium, médicament injectable...), être attentif à l'interruption de tâche au moment de l'administration de thérapeutique, pour cela la HAS a rédigé un guide "Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments". Il faut également se tenir informé concernant les récents EM, pour pouvoir être attentif lorsque l'on utilise un médicament qui est souvent lié à une EM. Enfin il est important d'être attentif à ce qu'il n'y ait pas d'auto-administration de thérapeutiques par le patient en cours d'hospitalisation.

### **3. Le patient**

#### **3.1. Définition**

Le dictionnaire des concepts (2018) en sciences infirmières 4<sup>ème</sup> édition, édition Christine Paillard définit le patient comme une :

Personne en situation de besoin d'aide pour une durée plus ou moins déterminée. Elle ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie, mentale ou physique, et peut ne plus être en mesure de décider pour elle-même. Envahie d'émotions, de facteurs stressants, la personne soignée perçoit des difficultés plus ou moins surmontables pour J. Chalifour, "Tout être humain, au cours de son développement est susceptible de vivre un certain nombre de crises psychosociales. Elles constituent des moments critiques parce qu'elles représentent l'occasion de se remettre en question. Si ces crises sont vécues de façon positive, elles seront génératrices de croissance, d'apprentissage et d'accroissement de l'estime de soi. Cependant, si elles sont perçues négativement, accompagnées d'un sentiment de peur et d'une attitude de fermeture, elles pourront donner lieu à des blocages majeurs dans le développement de la personne. L'instauration d'une relation soignant-soigné permettra à la personne d'avoir une meilleure connaissance de soi-même pour porter attention aux informations et prendre conscience de ses propres ressources pour interagir de façon harmonieuse. (p.306)

#### **3.2. L'implication du patient dans les soins**

D'après Jean-Charles Verheye (2016), les évolutions du système de santé ont renforcé la participation active du patient dans sa prise en charge, en lui offrant notamment un accès aux informations le concernant et en l'invitant à participer aux décisions liées à son état de santé. Cet engagement du patient dans son propre suivi, inscrit dans le Code de la santé publique, est encadré par des recommandations qui transforment profondément la relation singulière entre le patient et ses soignants. En exprimant son ressenti, en faisant part de son avis sur les soins reçus, le patient contribue à fournir des informations cruciales sur la qualité de la prise en charge, bénéfiques aux établissements et aux équipes de soins. À travers ces dispositifs d'expression et de collecte

d'informations, le système de santé intègre le patient dans la démarche qualité de l'hôpital. Par conséquent, le patient peut jouer un rôle actif dans les politiques qualité des établissements en s'engageant concrètement dans les actions à entreprendre, comme le préconisent les autorités de santé.

### **3.3. Les droits du patient**

La charte du patient hospitalisé (2006) affirme que:

“Toutes les informations à caractère médical formalisées sont intégrées dans le dossier médical. Ces informations sont accessibles à la personne hospitalisée (dans certaines conditions, à ses représentants légaux ou, en cas de décès, à ses ayants droit), à l'exclusion toutefois de celles qui concernent des tiers ou mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers. L'accès de la personne à ces informations peut s'effectuer directement, si elle le souhaite, ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne à cet effet. Dans l'hypothèse où la personne souhaite consulter son dossier médical sur place, elle peut bénéficier gratuitement d'un accompagnement médical proposé par l'établissement. Les autres conditions de cet accès, notamment celles concernant les personnes mineures et, à titre exceptionnel, celles concernant les personnes hospitalisées sans leur consentement, sont précisées dans le livret d'accueil mentionné à l'article L.1112-2 du code de la santé publique. Toute personne accueillie a accès, sur sa demande, aux informations la concernant et contenues dans les fichiers informatiques de l'établissement, en application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée. Dans les établissements assurant le service public hospitalier, l'usager a un droit d'accès aux documents administratifs, dans les conditions prévues par la loi du 17 juillet 1978 modifiée. Il en fait la demande auprès du représentant légal de l'établissement. En cas de refus exprès ou tacite de celui-ci, il peut solliciter l'avis de la commission d'accès aux documents administratifs (CADA – 35, rue Saint-Dominique - 75007 PARIS - [www.cada.fr](http://www.cada.fr)).” (p.16)

et que “Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé et le secret médical n'est pas opposable au patient. Toutefois, la volonté d'une personne de ne pas être informée du diagnostic ou du pronostic la concernant doit être respectée, sauf si son état de santé présente des risques de transmission à des tiers. Le médecin doit, au cours d'un entretien individuel, donner à la personne une information accessible, intelligible et loyale. Cette information doit être renouvelée si nécessaire. Le médecin répond avec tact et de façon adaptée aux questions qui lui sont posées. L'information porte sur les investigations, traitements ou actions de prévention proposés ainsi que sur leurs alternatives éventuelles. Dans le cas de la délivrance d'une information difficile à recevoir pour le patient, le médecin peut, dans la mesure du possible, proposer un soutien psychologique.” (p.6)

## **4. Le prendre soins**

### **4.1. Définition**

D'après le dictionnaire des concepts en soins infirmières (2018) le prendre soin est :

Pour Michel Nadot, une activité tridimensionnelle, “il faut, en effet prendre soin de l'humain à tous les âges de la vie ; prendre soin de la vie du groupe, car l'action soignante s'opère au sein d'une communauté, et prendre soin de la vie du domaine, (c'est à dire de l'environnement du soin) notamment avec ses aspects socio-économiques, logistiques et domestiques” Pour Walter Hesbeen “Prendre soin, c'est aussi être attentif à la famille, à l'entourage de la personne malade... Pour la simple raison que le comportement de la famille ou de l'entourage influe sur le cheminement de la personne malade. Mais aussi parce que ce n'est pas possible de laisser sans parole ces personnes en souffrance et désemparées, face à ce qui leur arrive...” (p.401)

Dans son ouvrage Prendre soin à l'hôpital de Walter Hesbeen (1997) précise l'expression “prendre soin” . A son sens, la mission fondamentale des diverses professions liées au domaine du soin, à ne pas confondre avec l'expression “prendre en charge” qui peut véhiculer une connotation objetisante de déresponsabilisante. (p36-37)

Walter Hesbeen (1997) affirme que le prendre soin est :

Cette attention portée à l'autre en vue de lui venir en aide s'inscrit dans la complexité. Le terme “complexe” désigne ce qui est tissé ensemble. Cela veut dire que chacun des éléments d'un ensemble, d'une situation sont reliés, interagissent les uns avec les autres. Modifier un seul élément de l'ensemble implique une répercussion sur un ou plusieurs autres éléments. (p.29)

## **Le dispositif méthodologique du recueil de données**

Les objectifs du guide d'entretien sont les suivants :

- Objectif 1 : Connaître l'IDE et son expérience professionnelle
- Objectif 2 : Connaître l'organisation du service
- Objectif 3 : Connaître le rythme de travail
- Objectif 4 : Connaître l'organisation du travail de l'IDE (poste avec les patients)
- Objectif 5 : Connaître les différentes difficultés inhérentes au poste
- Objectif 6 : Quels axes d'amélioration proposez-vous pour pallier ces ruptures de tâches ?
- Objectif 7 : Connaître l'incidence de la qualité de vie au travail sur la qualité de l'organisation de travail

Mon guide d'entretien se trouve en Annexe 1.

J'ai décidé de réaliser mes entretiens auprès d'infirmières avec beaucoup d'expérience afin de tirer profit de leur vécu. En plusieurs années de pratique, elles ont très probablement dû être confrontées à des interruptions de tâches et des erreurs médicamenteuses. Avec leurs expériences, elles peuvent avoir un recul ainsi qu'une vision globale de ces situations. Il s'agit de deux infirmières qui travaillent dans deux services différents avec deux amplitudes horaires différentes, le 12h et le 7h30. Il s'agit également de deux typologies de service différentes : une infirmière travaille en réanimation chirurgicale et l'autre en chirurgie orthopédique. Pour la réalisation de ces entretiens, j'ai réalisé au préalable un guide d'entretien semi-directif, composé de questions ouvertes et de questions de relance. J'ai pris contact avec les infirmières en direct, ayant effectué des stages dans ces deux services, je savais qu'elles seraient d'accord pour répondre à mes questions. Pour mon premier entretien avec l'infirmière de réanimation, l'entretien a été réalisé dans le service. J'ai rencontré une difficulté lors de cet entretien, malheureusement la salle prévue pour l'entretien a dû être réquisitionnée pour un entretien famille, nous l'avons donc réalisé sur un bureau dans un couloir avec du passage. Pour mon second entretien, l'infirmière de chirurgie a été mise au courant le matin-même d'une réunion de service juste après notre entretien. Elle fût donc pressée par le temps. Les enregistrements ont été effectués avec le dictaphone de mon téléphone portable.

## **L'analyse descriptive des entretiens**

Pour respecter l'anonymat des deux professionnels interrogés, nous les appellerons IDE 1 et IDE 2. Chacune travaillant respectivement dans un service de réanimation chirurgicale pour l'IDE 1, tandis que l'IDE 2 exerce dans un service de chirurgie orthopédique.

### **1. Leur expérience professionnelle**

Pour commencer, il me semble important de connaître l'expérience professionnelle des infirmières interrogées. Nous pouvons alors voir que les deux infirmières ont toutes deux beaucoup d'expérience, l'IDE 1 étant infirmière depuis 38 ans et 24 ans pour l'IDE 2. Mais leur parcours professionnel est très différent, L'IDE 1 a majoritairement travaillé en réanimation chirurgicale mais aussi en réanimation médicale et en néphrologie. L'IDE 2, quant à elle, travaille en tant qu'infirmière depuis 2000, dans les services de chirurgie ambulatoire, chirurgie digestive et chirurgie orthopédique.

### **2. L'organisation et le rythme de travail dans le service**

Les deux soignantes travaillent dans deux services différents, qui ne fonctionnent pas de la même manière. En réanimation, l'IDE 1 travaille en 12h, alors que, l'IDE 2 travaille en 7h30. En fonction des services, il existe plusieurs postes différents, avec des missions différentes. Dans le service de l'IDE 1, il existe différents postes. Il y a les infirmières qui sont auprès des patients. En réanimation il y a une infirmière qui est volante, autrement dit elle se déplace dans les modules pour aider les équipes et un infirmier de gestion qui lui travaille en 8h, qui s'occupe de la gestion de tout le matériel et les dispositifs médicaux. L'IDE 2 raconte que son service possède 26 lits de chirurgie programmée, de pré et post-opératoire. Elle ajoute que le service accueille de plus en plus de patients venant des urgences. Dans le service, il y a également une infirmière de coupe qui a pour mission de s'occuper des entrées et sorties des patients, de gérer la pharmacie et les transports.

### **3. L'organisation adoptée lors des soins**

Les soignantes ont ensuite parlé de leur organisation de la journée qui pour l'IDE 1 dépend du nombre de patients à charge, qui peut varier entre deux et trois en fonction de la charge de travail. Contrairement à l'IDE 2 qui elle doit prendre en soins huit patients le matin et treize l'après-midi. Les soignantes interrogées travaillent toutes deux en binôme avec l'aide soignante, excepté le matin pour l'IDE 2 qui explique que les aides soignantes et les infirmières ont des tâches différentes le matin. Elles ont ensuite décrit leur journée : l'IDE 1 met en avant l'importance d'être présent aux visites médicales afin de s'assurer de la bonne compréhension de la marche à suivre. L'IDE 2, quant à elle,

aborde également le sujet des transmissions. Elle raconte que dans le service, il y a plusieurs temps de transmissions dans la matinée avec à chaque fois des intervenants différents. L'IDE 1 et 2 racontent ensuite leur organisation, pour l'IDE 1 son organisation dépend du nombre de patients pris en soins. L'IDE 2 met l'accent sur son tour de pansement qui peut être chronophage. Elles ajoutent que les familles rendent visite surtout l'après-midi.

#### **4. Les difficultés inhérentes au poste**

Les soignantes décrivent ensuite les difficultés inhérentes à leur poste. Elles parlent exclusivement de l'interruption de tâches, qui pour l'IDE 1 est majoritairement liée à l'humain, les autres professionnels qui viennent poser des questions, au patient qui peut se compliquer (une chute de tension, saignement...) ou avoir des examens en urgence et à la famille du patient. Alors que l'IDE 2 met en avant les difficultés liées notamment au matériel, les téléphones et pousse-seringues qui sonnent, mais également à l'organisation. Selon elle, l'organisation de son poste a un impact sur les interruptions de tâches. Elle met en avant la réalisation de plusieurs transmissions orales à différents interlocuteurs qui peuvent survenir à n'importe quel moment de la journée, ce qui fait qu'elle peut parfois omettre certaines choses. Comme elle le décrit, ces omissions peuvent avoir des conséquences directes sur le patient, elle donne l'exemple d'un patient douloureux à qui elle doit donner un antalgique : elle est interrompue et oublie d'apporter l'antalgique au patient. Le patient va donc être douloureux plus longtemps. Pour compléter, les deux infirmières sont d'accord pour dire que ces interruptions de tâches peuvent provoquer des erreurs médicamenteuses, l'IDE 2 précise même que l'erreur médicamenteuse peut être due à une erreur dans la forme galénique du traitement, l'identitovigilance, ce n'est pas uniquement se tromper de médicaments.

#### **5. Les différents axes d'amélioration**

Pour éviter ces interruptions de tâches, les infirmières ont abordé des souhaits et axes d'amélioration en commençant par ce qu'elles mettent personnellement en place. L'IDE 1 ferme la porte lorsqu'elle prépare les thérapeutiques, afin de se mettre dans sa bulle de concentration. Mais elle met également en avant les difficultés liées à ces pratiques. Elle explique qu'en service de réanimation, il est compliqué de se concentrer à cent pourcent sur une tâche, il faut toujours être attentif à ce qui se passe dans les autres chambres. Elle ajoute qu'il faut toujours avoir une oreille qui reste à l'affût en dehors de cette bulle. L'IDE 2, quant à elle, dit faire attention à ses collègues lorsqu'ils sont concentrés, être attentif afin de ne pas les déranger. De plus, elles ajoutent que, dans le

service, rien n'est mis en place, que ce sont des outils et améliorations compliqués à mettre en œuvre. Malgré les outils qu'elles ont cité ci-dessus, les gens ouvrent quand même les portes et les interrompent. Suite à cela, l'IDE 2 fait des propositions telles que, mettre un brassard pour dire que l'on est pas disponible, un gilet à mettre lors de la préparation des thérapeutiques.

## **6. La qualité de vie au travail**

Pour finir, les deux infirmières abordent les sujets impactant leur qualité de vie au travail. Celui qui revient le plus est le travail en équipe, le binôme avec l'aide soignante ainsi qu'avec les autres intervenants, médecins, kinés... Ce travail en pluriprofessionnalité est, d'après elles, primordial. Il permet d'avoir plusieurs têtes pensantes et visions différentes sur la prise en soins. L'IDE 1 insiste notamment sur le rôle de l'aide soignante qui est une grande ressource, elle est au plus proche du patient et par conséquent, observe plein de choses. Un des autres sujets qui revient le plus est celui de la responsabilité infirmière. Comme le soulignent les deux soignantes, elles travaillent pour le patient, il est au centre du soin et est un acteur principal de sa prise en soins. Il faut respecter le travail de chacun, avoir une réflexivité professionnelle et instaurer une rigueur. Les deux soignantes mettent en avant la charge mentale, qui peut avoir un impact sur leur qualité de vie au travail. En effet, elles soulignent notamment la pression temporelle, par exemple pour la réalisation des pansements (x pansements en deux heures et demie). Mais également la charge de travail qui est importante, elles insistent sur le fait qu'il s'agit d'un métier très prenant mentalement, que ce n'est pas à l'infirmière de tout gérer, que chaque poste à sa responsabilité. Elles sont toutes les deux d'accord pour dire qu'il faut "être capable de penser à soi" "sinon tu ne t'arrêtes jamais de travailler". Pour elles, trouver un équilibre entre vie professionnelle et personnelle est primordial. Pour conclure, les deux infirmières me parlent alors de leur amplitude horaire. La première travaille en 12h tandis que la seconde en 7h30, mais possède tout de même une expérience professionnelle en 12h. Elles s'accordent à dire que le travail en 12h a plus d'avantage que le travail en 7h30. Cela permet un meilleur suivi du patient et de ses soins, mais également une organisation qui est différente qui permet de mieux répartir ses soins et d'être "moins soumis à la pression".

## La discussion

Pour rappel, ma question de départ est la suivante : **Dans quelle mesure le contexte de travail influence la prise en soins IDE pouvant engendrer des risques d'erreurs médicamenteuses pour les patients ?** Après avoir expliqué les différents concepts liés à cette question dans le cadre conceptuel et examiné les données des entretiens, nous croiserons, dans cette section, les données pour interpréter les résultats de mes recherches et je développerai alors ma propre réflexion.

En ce qui concerne le rythme de travail, Seferdjeli & Terraneo sont d'accord pour dire qu'il dépend de la répartition des patients, du programme opératoire du jour, des horaires, des transmissions et des visites médicales. La charge de travail est considérée comme le facteur majeur responsable du mal-être infirmier. Depuis plusieurs années à l'hôpital, les soignants se retrouvent confrontés à une surcharge de travail : l'augmentation des tâches administratives, le manque de personnel, les difficultés pour prendre des congés, et le non remplacement des absences sont, entre autres, mises en cause. Les infirmières effectuent un travail multitâche, ce qui peut occasionner de la fatigue, des erreurs et un épuisement professionnel. En effet, ces tâches sont diverses : réaliser les soins, s'assurer de la gestion des médicaments, s'occuper des tâches administratives et la gestion du téléphone. En raison de ce travail multitâche, les infirmières sont amenées à réaliser des heures supplémentaires, ne pas prendre de pause et augmenter leur rythme de travail. Les soignantes entretenues ont abordé certaines difficultés, notamment de nombreuses transmissions à réaliser, une charge de travail élevée ainsi qu'une gestion de l'administratif, qui, pour le cas de la chirurgie, à un horaire qui lui est dédié, en réanimation, un horaire est également dédié à la gestion du matériel. Ce travail est nécessaire et doit être fait. Je reste cependant perplexe quant au fait que ce soit à une infirmière de réaliser certaines de ces tâches. Elles abordent aussi la répartition des patients, qui dans un service conventionnel tel que la médecine ou la chirurgie, changent en fonction des horaires. En effet, les infirmières de ce type de service ont la plupart du temps moins de patients le matin que l'après midi. Ceci est dû à la répartition des soins (bilan sanguin, pansement, nursing) qui se font majoritairement le matin.

D'après Bertrand Blanchero, le travail en équipe entraîne des pertes de temps, dues à de nombreux mouvements et discussions. En attribuant à chaque individu une tâche spécifique à un poste fixe et en organisant le processus de production de manière méthodique, il est possible d'améliorer l'efficacité. Je constate alors une disparité entre les notions avancées par l'auteur et les propos évoqués par les infirmières. En effet, ces dernières insistent sur l'importance du travail en binôme et en pluriprofessionnalité. Ce travail permet notamment d'avoir des regards différents sur une prise en soins. Les autres soignants sont des sources d'informations tant sur le patient, que sur la prise en soin

soignante. Le regard de chacun permettant une prise en soin globale de la personne soignée. A mon sens, cette notion représente l'un des piliers essentiels de notre profession. Le travail en pluri professionnalité est nécessaire pour la prise en soins du patient. Sans les autres professionnels de santé, la prise en soins serait incomplète. Pour rebondir sur ce que dit Bertrand Blanchero, chaque professionnel de santé à un poste et des tâches spécifiques attribuées (rôle propre), ce qui n'empêche pas un travail en équipe efficace. Selon moi, le travail en pluri professionnalité est fondamental pour une prise en soins complète du patient. Cependant ce travail, notamment en binôme peut créer certaines difficultés, comme dans toute relation humaine. Il peut arriver de ne pas s'entendre avec un ou une collègue. Il faut alors être capable de mettre les discordes qui peuvent exister de côté et travailler ensemble pour le patient. L'inverse est également possible, si l'on s'entend très bien avec nos collègues, il est alors très probable que l'on soit amené à parler de sujets divers et variés, ne plus être attentif et interrompre notre collègue sans s'en rendre compte. C'est à ce moment qu'une erreur peut arriver.

D'après Lachaux JP "le secret d'une bonne concentration est d'apprendre à buller, "à aller de bulle en bulle". La bulle par définition est donc un moment de concentration sur un seul de nos objectifs qui est simple, précis et de courte durée, en mettant tous les autres de côtés. L'IDE 1 utilise la même expression, afin d'éviter toute erreur, elle se met dans sa "bulle". Elle nuance néanmoins par ses propos, il faut tout de même rester à l'affût de ce qu'il se passe autour de soi. Je suis en accord avec ce que dit l'IDE 1 : pour un infirmier, il est compliqué de se mettre dans un état de concentration et de ne se focaliser que sur un seul objectif, il faut aussi être attentif à ce qu'il se passe autour de nous, dans les autres chambres. Par exemple dans une chambre double, si nous sommes en soins avec un patient et que son voisin de chambre fait une fausse route. Nous devons agir immédiatement, ce qui demande d'être attentif à ce qu'il peut se produire autour.

La HAS nous donne des conseils afin d'éviter la survenue d'EM, tel que : avoir une attention accrue lors de la réalisation de calculs de dose et la réalisation d'un double contrôle particulièrement avec les médicaments à risque. Mais aussi, être attentif aux interruptions de tâche au moment de l'administration de thérapeutiques. Les deux infirmières abordent surtout des axes d'amélioration que nous pouvons mettre en place pour éviter les interruptions de tâche et non les erreurs médicamenteuses. L'IDE 2 parle d'un brassard ou d'un gilet à porter pour que les autres soignants sachent qu'il ne faut pas les déranger. Elle souligne également qu'il faut être attentif à nos collègues, essayer de ne pas les déranger le plus possible lors de tâches où une concentration est nécessaire. L'IDE 1 nous dit qu'un système d'étiquettes sur les portes a été essayé, mais les gens ouvrent quand même la porte. Il paraît donc difficile de mettre des choses en place dans les services. Pour les deux soignantes interrogées, l'erreur médicamenteuse est majoritairement provoquée par les interruptions

de tâches. Je pense qu'une prévention régulière auprès des professionnels de santé, telle que de la simulation ou le fait d'avoir des apports théoriques et de savoir comment réagir à ces événements est une solution possible, afin de limiter que ce soit les interruptions de tâches ou les erreurs médicamenteuses. En effet, comme le montrent les entretiens, il est difficile de mettre une barrière "physique" lorsque l'on souhaite rester concentré sur une tâche. Lors de ma pratique professionnelle prochaine, je n'hésiterai pas à mettre en garde mes collègues et à faire attention de ne pas les interrompre dans leurs tâches.

Pronost définit le stress professionnel comme un phénomène dynamique survenant lorsque la demande est trop élevée et que les capacités d'adaptation de l'individu face à cette demande sont inefficaces. Ce stress peut être lié à l'environnement physique ce qui correspond à la pression temporelle, le manque de personnel, une importante charge de travail. L'une des infirmières aborde notamment le sujet de la pression temporelle, pression qu'elle ressent sur son tour de pansement ainsi que les différentes demandes liées aux différents temps de transmissions qui, comme le dit Pronost, demande "une capacité d'adaptation de l'individu face à cette demande". De plus, le Ministère de la santé définit la QVT comme étant un sentiment de bien-être global, tant individuel que collectif, résultant de divers facteurs tels que l'ambiance, la culture d'entreprise, l'intérêt et les conditions de travail, l'implication, l'autonomie, l'égalité, le droit à l'erreur, ainsi que la reconnaissance et la valorisation du travail. Pour les deux infirmières, il s'agit aussi de trouver un équilibre entre la vie professionnelle et personnelle. Elles abordent également la question des horaires de travail, horaires qui ont un impact sur les conditions de travail, l'autonomie mais également sur la vie personnelle des soignants. Lamiel Denise affirme qu'un cycle de travail implique un rythme physiologique, une organisation et une sérénité plus ou moins forte dans l'interface vie professionnelle-vie personnelle. Le choix d'un cycle de travail doit donc être raisonné et sera analysé selon trois critères en lien avec la QVT : garantir le bon fonctionnement, établir la sécurisation du temps de travail dans le service, et favoriser un rythme de travail régulier (alternance travail-repos). Les horaires de travail déterminent le moment où les soignants peuvent consacrer du temps à leur entourage et leur famille. Les deux professionnelles préfèrent le travail en 12 heures, car cela leur offre davantage d'autonomie dans l'organisation des soins et un suivi plus complet des patients. De plus, ce type d'emploi du temps permet d'avoir plus de jours de repos, favorisant ainsi un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle.

Travailler en 7h30 peut donner l'impression de passer toute la semaine à l'hôpital, en plus de travailler un week-end sur deux, contrairement aux horaires de 12 heures qui permettent de travailler un week-end sur trois. Les soignants sont également soumis à une pression temporelle accrue pour

réaliser leurs tâches dans le temps imparti et organiser le travail pour assurer une transition fluide entre les équipes. Pour ma part et dans ma future pratique professionnelle, je pense qu'une bonne qualité de vie au travail passe par des relations positives, du soutien et de la collaboration avec les collègues, qui sont souvent les mieux placés pour comprendre les difficultés rencontrées au quotidien. A titre personnel, je préférerais travailler en 12h pour les raisons citées précédemment. D'après ma propre expérience, certes les journées de 12h sont plus fatigantes, mais j'y vois une meilleure continuité des soins qui me permet de mieux connaître les patients que je prends en soins.

Il est important pour moi de mettre le patient au centre de la question. Comme le souligne Jean-Charles Verheye, les patients sont désormais encouragés à prendre part à leur propre prise en charge en ayant accès aux informations les concernant et en étant impliqués dans les décisions relatives à leur état de santé. Il y a aussi la charte du patient hospitalisé qui regroupe les droits du patient et qui nous dit que "Toutes les informations à caractère médical formalisées sont intégrées dans le dossier médical. Ces informations sont accessibles à la personne hospitalisée", le patient doit donc être mis au courant s'il est victime d'une erreur médicamenteuse. Il doit également être informé des conséquences de cette erreur, et de ce qui va être mis en place par la suite pour y remédier. Les deux soignantes interrogées s'accordent à dire que le patient est acteur de sa prise en soins. Il se doit donc d'être informé s'il est victime d'une erreur médicamenteuse. De plus, comme cité dans le cadre conceptuel, la survenue de ce type d'erreur va très certainement avoir un impact sur notre relation avec le patient, je trouve donc important d'en discuter avec lui.

Durant mes recherches, ma façon de penser n'a eu de cesse d'évoluer, de nouveaux questionnements en rapport avec mon sujet ont alors émergé. Un questionnaire en particulier à attirer mon attention, j'aimerais donc le développer dans le futur. Il s'agit de l'impact de l'erreur médicamenteuse sur la relation de confiance avec le patient. Il serait alors possible de se demander, dans quelle mesure l'erreur médicamenteuse a-t-elle un impact sur la relation de confiance entre les soignants et le patient ?

## Conclusion

Tout au long de ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, nous avons essayé de répondre à la question de départ : **Dans quelle mesure le contexte de travail influence la prise en soins IDE pouvant engendrer des risques d'erreurs médicamenteuses pour les patients ?** Pour y répondre j'ai commencé par faire des recherches théoriques sur les principaux concepts et notions de cette question de départ. Dans un second temps, j'ai réalisé des entretiens avec deux infirmières. Je souhaitais interroger deux infirmières travaillant dans 2 services ayant une organisation différente. Leurs réponses m'ont alors permis de les confronter entre elles, à mon cadre conceptuel ainsi qu'à mon avis personnel. Cela m'a alors permis de mettre en avant les difficultés rencontrées par les soignants, avec notamment la difficulté première étant l'interruption de tâche et l'impact qu'elle peut avoir sur la prise en soins du patient.

Ce projet de recherche a enrichi mes connaissances, développé mes compétences, nourri ma réflexion et renforcé mon positionnement en tant que future professionnel. Les questionnements soulevés par mes recherches continuent d'alimenter ma curiosité professionnelle, indispensable dans le domaine infirmier. Ce travail représente l'aboutissement de trois années de formation qui ont façonné à la fois mon développement professionnel et personnel, renforçant ma posture, ma maturité et ma responsabilité. J'en conclus qu'il est crucial, dans notre métier, de chercher constamment à améliorer nos pratiques, de rectifier nos erreurs pour enrichir notre expérience professionnelle.

## **Bibliographie**

### Livres :

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital*. Masson.

### Dictionnaires :

Paillard C. (2018) Dictionnaires des concepts en sciences infirmières (4ème éditions) –  
SETES

### Articles :

Jankowski-Cherrier, B. (2018). La souffrance au travail chez les soignants. *Soins n°830*. 33

Le Boeuf, B. (2014). L'infirmière et le médicament, un rôle en devenir. *Soins n°784*. 28-30

Michon, F., Bubien, Y. & Girier, M. (2021). Qualité de vie au travail. *Soins n°860*. 19-20

Pronost, A. (2014). Santé au travail, ou la prévention de l'épuisement professionnel. *Oxymag 137*,  
20-21

Verheye, J-C. (2016). Pour une co-construction de l'offre de soins. *soins n°812*. 16-17

### Textes législatifs :

L'art. L.5111-1 du code de la santé publique du 22 juin 2000, qui définit l'erreur médicamenteuse

### Sites internet :

Haute Autorité de Santé, H. A. S. (2021). *L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) : mode d'emploi* ([Guide méthodologique]).

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3293652/fr/l-analyse-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias-mode-d-emploi](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3293652/fr/l-analyse-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias-mode-d-emploi)

Haute Autorité de Santé. (2021). L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS).

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide\\_lanalyse\\_des\\_evenements\\_indesirables\\_associes\\_aux\\_soins\\_eias.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide_lanalyse_des_evenements_indesirables_associes_aux_soins_eias.pdf)

OMEDIT Centre Val de Loire. (2023). *Comment déclarer les erreurs médicamenteuses et les dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé?*

[http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery\\_files/site/136/2953/5062/11484.pdf](http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/11484.pdf)

*Les erreurs médicamenteuses des infirmières.* (s. d.). MACSF.fr.

<https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/prevention-des-risques/erreurs-medicame-nteu-ses-infirmiere>

ANSM. (2019). *L'erreur médicamenteuse.*

<https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/media/41173/download?inline>

Frattini, B. (2019). *Les erreurs médicamenteuses des infirmier(e)s.*

<https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/prevention-des-risques/erreurs-medicame-nteu-ses-infirmiere>

OMEDIT Grand-Est. (2023). *Erreur médicamenteuse.*

<https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/erreur-medicamenteuse-0#:~:text=Selon%20l'Agence%20Nationale%20de,durant%20le%20processus%20de%20soins>

Hédef, V. (2022). *Eviter les erreurs de médication, un enjeu de santé mondial*

<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/objectif-soins-et-management/article/n-240/le-crex-ciment-de-la-securite-des-soins-OS24004001.html>

*La gestion des erreurs médicamenteuses.* (2021, 25 mai). ANSM.

<https://ansm.sante.fr/page/la-gestion-des-erreurs-medicamenteuses>

Blancheton, B. (2020). 14. Le Taylorisme. Dans : , B. Blancheton, *Histoire des faits économiques: De la Révolution industrielle à nos jours* (pp. 44-45). Paris: Dunod.

Blancheton, B. (2020). 30. Le Fordisme. Dans : , B. Blancheton, *Histoire des faits économiques: De la Révolution industrielle à nos jours* (pp. 100-101). Paris: Dunod.

*Médicaments*.(s.d.).

[https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/medicaments-et-dispositifs/medicaments#:~:text=Dur%C3%A9e%20et%20renouvellement%20de%20la,Code%20de%20la%20sant%C3%A9%20publique\).](https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/medicaments-et-dispositifs/medicaments#:~:text=Dur%C3%A9e%20et%20renouvellement%20de%20la,Code%20de%20la%20sant%C3%A9%20publique).)

HAS. (2018). *Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé*.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide\\_conciliation\\_des\\_traitements\\_medicamenteux\\_en\\_etablissement\\_de\\_sante.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf)

CHSCT. (s. d.). Mon Parcours Handicap.

<https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/chsct#:~:text=Les%20missions%20du%20comit%C3%A9%20du%20personnel%20dans%20l'entreprise>

HAS. (2013). *Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments*.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/guide\\_ouils\\_securisation\\_autoevaluation\\_administration\\_medicaments\\_partiel\\_comprendre.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/guide_ouils_securisation_autoevaluation_administration_medicaments_partiel_comprendre.pdf)

Ministère de la santé et de la prévention. (2023). *La pharmacovigilance*.

<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/la-surveillance-des-medicaments/article/la-pharmacovigilance#>

ANSM. (2018). Qu'est-ce qu'une erreur médicamenteuse? [vidéo].

Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=W-aKuBKKd8A>

Ministère de la santé et de la prévention. (2022). *Qu'est ce qu'un médicament ?*

<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-bon-usage-des-medicaments/article/qu-est-ce-qu-un-medicament#:~:text=5111%2D1>

Faes, H. (2011). Le sens du travail. *Transversalités*, 120, 25-37.  
<https://doi.org/10.3917/trans.120.0025>

Berthoud, A. (2010). Travail et pauvreté chez Marx. *Cahiers d'économie Politique*, 59, 141-162. <https://doi.org/10.3917/cep.059.0141>

Ministère de la santé et des solidarités. (2006). *Usagers vos droits charte de la personne hospitalisée*. (p6 et 16)

[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_a4\\_couleur.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf)

## **Annexe I : Guide d'entretien**

### **Objectif 1 : Connaître l'IDE et son expérience professionnelle :**

- Qui est le soignant : âge, expérience professionnelle, depuis combien de temps travaillez-vous dans le service ?

### **Objectif 2 : Connaître l'organisation du service :**

- Quels sont les différents postes occupés par les infirmiers dans le service ?

- Les missions/soins attribués à chaque poste ?

### **Objectif 3 : Connaître le rythme de travail :**

- Quelles sont vos amplitudes horaires (en fonction de chaque poste)

- Combien de patients prenez- vous en charge ?

### **Objectif 4 : Connaître l'organisation du travail de l'IDE (poste avec les patients) :**

- Expliquez-moi comment vous vous organisez lorsque vous êtes auprès des patients ?

- Quels sont les points de vigilance à avoir dans votre organisation ?

- Qu'est-ce qui peut impacter votre organisation ?

### **Objectif 5 : Connaître les différentes difficultés inhérentes au poste ?**

- Pouvez-vous m'expliquer les différentes difficultés organisationnelles que vous rencontrez ?

- Est ce que vous rencontrez des ruptures de tâches dans votre organisation de la journée, pouvez vous m'en parler => exemples

- A votre avis dans les ruptures de tâches, quelle serait l'erreur la plus délétère ?

- Pouvez-vous me parler de l'erreur médicamenteuse ?

- Qu'est ce qui, selon vous, est la cause des erreurs médicamenteuses ?

### **- objectifs 6: Quels axes d'amélioration proposez vous pour pallier ces ruptures de tâches ?**

= la question

### **Objectif 7 : Connaître l'incidence de la qualité de vie au travail sur la qualité de l'organisation de travail**

- Qu'est-ce qui joue sur votre qualité de vie au travail ?

- A-t-elle un impact sur votre organisation/manière de travailler? Si oui comment ?

- Avez-vous quelque chose à rajouter concernant cet entretien ?

## **Annexe II : Entretien n°1**

Entretien n°1:

-moi: Bonjour, pour commencer pourrais-tu te présenter, depuis combien de temps tu travailles, ton expérience professionnelle ?

-IDE: Je suis infirmière depuis 38 ans, en réanimation chirurgicale depuis 36 ans. Avant cela j'ai fait un peu de réanimation médicale, de la néphrologie seulement 1 mois et à peu près six mois pour la réanimation médicale.

-moi: D'accord. Dans le service ici en réanimation chirurgicale, quels sont les différents postes occupés par les infirmiers?

-IDE: L'infirmière peut-être auprès des patients dans les soins, il y a l'infirmière de gestion qui gère tout le matériel et les dispositifs médicaux et un infirmier volant qui va dans les trois secteurs, pour aider les équipes au besoin, comme par exemple pour un transfert au bloc opératoire ou un examen.

-moi: Pour chaque infirmier, quelles sont les amplitudes horaires ?

-IDE: Nous sommes tous en 12h donc de 7h à 19h30 avec le temps de transmission. Sauf l'infirmier de gestion qui est en 8h.

-moi: Très bien. Quand vous êtes dans les modules auprès des patients, combien de patient prenez-vous en charge ?

-IDE: Entre deux et trois patients comme nous avons 8 lits dans le module. Que l'on se répartit avec les deux autres infirmières en fonction de la charge de travail.

-moi: Et votre journée justement quand vous êtes auprès des patients, comment vous vous organisez ?

-IDE: Pour commencer on travaille en binôme avec l'aide soignante, si on a deux patients à charge on peut être amené à faire une toilette ou la gestion de la pharmacie. Par contre quand nous avons 3 patients à charge nous ne faisons pas de toilette. Ce sont les aides soignantes qui gèrent en fonction des blocs, des examens et de la journée du patient. Nous les infirmières on dirige les aides soignantes par rapport à la gestion des toilettes. Comme nous travaillons en binôme, juste après la toilette on essaye de faire les pansements, tous les soins auprès du patient en même temps. Ensuite les médecins passent à partir de 10h, c'est mieux d'être avec eux pour leur donner le maximum d'information sur le patient et que eux nous donnent les directives et soins à réaliser sur la journée. Entre 12h et 14h on se relaie pour aller déjeuner pendant 30 minutes. A 14h nous ré-installons nos patients et une contre-visite

médicale à partir de 16h30 ce qui fait que l'on peut avoir des changements de prescription et de prise en charge. Sachant que l'après-midi nous avons les visites des familles.

-moi: Et justement au vu de toutes les tâches effectuées dans la journée, quels sont les différents points de vigilance à avoir dans votre organisation ? Ce qui peut impacter votre organisation.

-IDE: Premièrement si le malade se complique d'un seul coup, tout va être perturbé, s'il y a un examen à réaliser en urgence, comme je l'ai dit tout à l'heure ça peut être l'infirmière de volant qui peut gérer, ce qui nous aide énormément. Il y a des familles qui viennent.

-moi: Et donc quelles sont vos différentes difficultés organisationnelles que vous rencontrez ?

-IDE: On rencontre beaucoup de rupture de tâche parce qu'on vient te prévenir que tu as ça et ça à faire ou on t'interrompt par rapport à un autre patient.

-moi: Vous auriez des exemples à me citer ?

-IDE: Nous sommes souvent interrompus par les aides soignants qui viennent demander est-ce que t-elle patient sort, est-ce qu'il ne sort pas, alors que tu es en pleine préparation de thérapeutique. Est-ce qu'il mange ou pas, doit-il être levé. Et puis par les médecins, une fois qu'ils ont prescrit, ils viennent te voir pour te poser des questions alors que tu peux être en soins avec un autre patient, que tu effectues un pansement chez un patient et qu'ils te posent une question sur la patient d'à côté, c'est souvent comme ça. Après il y a les familles, qui globalement si tu vas les voir et leur donne toutes les informations et les rassures par rapport au soins, elle nous interrompt que très peu

-moi: Et alors justement ces ruptures de tâches que peuvent-elle causer qui serait le plus délétère pour le patient ?

-IDE: Pour ma part, je fais en sorte que ce ne soit pas délétère pour le patient, parce que si je ne sais plus si j'ai mis mes ions correctement dans ma réa je la jette. Mais ça m'agace ces interruptions de tâches.

-moi: Donc d'après ce que vous dites, le fait de ne plus se souvenir si vous avez bien mis les ions à cause d'une interruption de tâche cela peut provoquer une erreur médicamenteuse ?

-IDE: A mais tout à fait, c'est pour cela que je jette, comme parfois je ne sais plus si j'ai mis dans ma seringue je préfère jeter, tant pis ce n'est pas économique mais très important pour le patient.

-moi: Pouvez-vous me citer des exemples d'erreur médicamenteuse ?

-IDE: Moi je n'ai pas trop été confronté à cela, parce que j'ai de l'ancienneté et que je suis vigilante sur les prescriptions médicales. Parce que je connais, c'est un avantage, moi la première lorsque je vois une erreur de prescription je me dis non ce n'est pas ça. Mais quand tu es jeune infirmière, que tu

as plein de choses à penser, que la prescription est passée comme t-elle sur l'ordinateur, tu lui fais confiance à cette prescription.

-moi: Alors les erreurs de prescription peuvent amener à des erreurs médicamenteuses, Quoi d'autre serait-il susceptible de provoquer une erreur médicamenteuse?

-IDE: Que les consignes n'aient pas été claires, qu'il y ait un défaut de communication. Par exemple, si un patient a une fracture au rachis, que la consigne de le tourner en bloc n'a pas été transmise. Après des erreurs de transfusion ici ça n'arrive que très rarement, parce que l'on reçoit dans les chambres avec les étiquettes déjà présentes en chambre, avec une vérification de l'identité. Ça arrive surtout parce que c'est mal prescrit, si tu connais pas le médicament tu peux ne pas te méfier de la dose par exemples.

-moi: quels axes d'amélioration proposez vous pour pallier à ces ruptures de tâches ?

-IDE: Alors nous avons essayé de mettre en place quelque chose, des petites affichettes avec noté, ne pas déranger l'infirmière. Ça ne fonctionne pas, les gens ouvrent quand même la porte. Donc je ne sais pas quoi te dire.

-moi: Vous personnellement, que faites vous pour éviter cette rupture de tâche?

-IDE: Je ferme la porte quand je prépare des thérapeutiques et j'essaie de me mettre dans ma bulle, même si en réalité c'est très compliqué il faut être attentif à ce qui se passe dans la chambre ou tu es mais aussi à tes autres chambres. Donc c'est un peu compliqué, on va dire que je me mets dans ma bulle mais qu'une oreille reste en dehors à l'affût.

-moi: Donc par rapport à tout ce que l'on vient d'évoquer, qu'est ce qui joue sur votre qualité de vie au travail ?

-IDE: Pour moi ça commence par avoir une conscience professionnelle, travailler en équipe et travailler pour le patient. Ne pas venir juste pour travailler pour ta toilette et basta. Faut travailler pour le patient en équipe médicale et paramédicale. Chercher à comprendre pourquoi l'on fait ça et pas autre chose, une réflexivité professionnelle. Ça devrait être la base de tous les services. Je pense que l'on devrait organiser plus souvent des réunions inter-secteurs, afin de réaliser le projet de soins du patient pour responsabiliser tout le monde et instaurer une rigueur. Souvent tout repose sur l'infirmière mais ce n'est pas à l'infirmière de tout gérer, chaque poste à sa responsabilité, aussi bien kiné, par exemple si il y a une extubation, le médecin s'adresse à l'infirmière, alors que c'est au kiné de le faire, avant je faisais les transmissions au kiné, maintenant je dis au médecin de prévenir le kiné parce que c'est lui qui va nous aider. C'est plein de petits détails mais pour moi le plus important c'est le travail en équipe.

-moi: Pourquoi le travail en équipe est si important pour vous ?

-IDE: Je trouve qu'il permet constamment d'avoir un second regard sur la situation, d'avoir deux têtes pensantes et puis le travail en collaboration avec l'aide soignante est primordial, elle nous apporte plein d'informations sur le patient, des détails que l'on aurait manqué.

-moi: Selon toi le travail en 12h à t-il un impact sur ta qualité de vie au travail ?

-IDE: Moi je trouve que c'est nettement mieux de travailler en 12h, notamment pour le patient. Parce que ça te permet de bien suivre tes prescription, et ton patient. C'est nous qui avons aussi les 2 principales visites des médecins et souvent avant de partir il nous demande si tout va bien, s'il y a quelque chose à signaler ou à réajuster avant qu'ils partent. Ça permet aussi de ne pas avoir à les déranger pour les collègues qui prennent la relève et éviter nous aussi d'interrompre le médecin dans sa tâche.

-moi: Est ce que vous avez des choses à rajouter par rapport à tout ce que l'on vient d'évoquer ?

-IDE: Qu'il est important de respecter le travail de chacun, qu'il faut motiver même toi en tant qu'infirmière tes collègues à faire des choses, par exemple tiens pour mon patient je vais faire un shampoing, essayer de ne pas rester dans sa zone de confort et ses habitudes et quand on a nos prescription leur faire prendre conscience qu'il y a des moments où nous avons besoin d'être au calme pour rester concentré. Et que pendant ce temps là la collègue peut faire autre chose auprès du patient. Il faut également savoir passer la main, si tu as un retour de bloc à 19h il faut se dire que tu as l'équipe de nuit qui arrive en relais, tu peux le réinstaller mais tu ne gère pas tout le retour, sinon tu ne t'arrête jamais de travailler. Je pense que tout ça est transposable aux autres services.

-moi: Très bien. Et bien merci beaucoup pour le temps que vous venez de m'accorder et d'avoir répondu à toutes mes questions.

-IDE: De rien c'est avec plaisir.

-Moi: Bonne fin de journée.

-IDE: Merci à toi aussi.

### **Annexe III : entretien n°2**

-Moi : Juste pour commencer, pourrais-tu nous présenter ton expérience ?

-IDE 2: Je suis infirmière à l' hôpital de Rennes et diplômée depuis 2000. Écoute, j'ai fait beaucoup de service dans ma carrière puisque ça fait un peu plus de 20 ans maintenant. J'ai fait de multiples services, comme de la chirurgie ambulatoire à peu près 5 ans et de la chirurgie digestive une dizaine d'années . Voilà. Et je suis en chirurgie orthopédique depuis deux ans et demi.

-Moi : D'accord est dans ce service justement quels sont les différents postes occupés par les infirmières ?

-IDE 2: C'est de la chirurgie programmée, un service de 26 lits. Donc on accueille des patients qui viennent se faire opérer , qui sont en programmation sur des prothèses de hanches, de genou et sur des rachis. Aussi maintenant on accueille de plus en plus de patients venant des urgences. Donc voilà on les à en pré et post-opératoire. Il y a l'infirmière de coupe qui s'occupe elle des entrée et sortie des patients, qui gère la pharmacie et les transport. L'infirmière qui est auprès des patients elle s'occupe des soins, pansement, distribution des médicaments, transmissions.

-Moi : Ok. Et les amplitudes horaires des services.

-IDE 2 :Dans le services se sont des postes en 7 h 30, donc des horaires du matin, 6 h 45-14 h 45. On a aussi un horaire de coupe qui fait 9h-17 h et un horaire de soir qui est de 13 h 50-21h20

-Moi : D'accord. Et en moyenne, combien de patients prenez-vous en charge?

-IDE 2 :Treize patients l'après-midi et le matin huit patients.

-Moi : D'accord. Mais pourquoi cette différence entre le matin et l'après- midi ?

-IDE 2 : Moi quand je suis arrivé, c'était déjà comme ça. Je pense que c'était un choix d'équipe, mais ça date , je pense que c'est institué comme ça depuis très très longtemps, peut être pour que les gens fassent moins d' après midi. C'est une répartition qui avait été faite bien avant que j'arrive.

-Moi : D'accord. Et quand vous êtes dans les soins, comment vous vous organisez dans votre journée.

-IDE 2 :L'Organisation du matin, on commence par les transmissions ensuite on a des transmissions à faire en interne d'orthopédie, parce qu'il y a un staff à huit heures le matin. Après on réalise le tour de surveillance, distribution des traitements aux prises de sang. Voilà. Et ensuite on a encore une réunion avec le cadre de santé, Kiné. Voilà, et après, vers 10 h, on démarre le tour de pansement.

-Moi : Et il dure jusqu'à quand ce tour de pansement ?

-IDE 2 : Et bien jusqu'à ce qu'on termine. Et puis après on s'organise pour faire le tour de midi avec les surveillances et distribution des traitements.

-Moi : Et dans votre organisation du coup, quels sont les points de vigilance à avoir ?

-IDE 2 : Ce qui pourrait modifier mon organisation ce sont surtout les interruptions tâches par exemple, le souci de l'organisation de notre service, c'est que l'on a beaucoup de transmissions à faire à beaucoup d'intervenants quand c'est pas l'interne orthopédie c'est l'interne d'anesthésie qui peut arriver à n'importe quel moment et nous interrompre pour nous dire bah moi je suis prêt pour faire la visite alors que nous avons plein plein de tâches, de pansements. Enfin voilà, on est dans notre activité quoi et dans nos soins. On peut être interrompu à n'importe quel moment de la journée, c'est vraiment pénible.

-Moi : Expliquez moi quel impact on c'est l'interruption de tâche sur le patient ?

-IDE 2 : On peut parfois omettre des choses. On peut dire à un patient, bah oui tiens, je vous apporte votre attelle, ou un traitement pour soulager la douleur du patient. Sauf que certaines choses sont arrivées, une l'interruption de tâches et ont peut ne pas être présente pour apporter un antalgique à quelqu'un qui souffre. Voilà ce qui peut arriver. Se dire à mince j'ai oublié de déposer son antalgique, je devais le faire il y a 15 min, le patient a donc souffert plus longtemps.

-Moi : Et justement, quand il se passe une interruption de tâche comme ça, quelle serait l'erreur la plus délétère pour le patient?

-IDE 2 : Justement le fait qu'il souffre et qu'il attende son antalgique.

-Moi : Vous pourriez me parlez de l'erreur médicamenteuse ?

-IDE 2 : Oui ça peut arriver quand on est interrompu alors j'ai pas comme ça d'exemple. Très honnêtement, je n'ai pas comme ça d'exemple à te donner tout de suite, mais ça pourrait arriver. Qu'on puisse faire des erreurs. Imaginons que tu récupères un traitement dans la pharmacie, en même temps quelqu'un te demande un renseignement, tu ne fais pas attention et tu récupères le mauvais dosage.

-Moi : D'accord

-IDE 2 : Mais bien sûr que les interruptions de tâche peuvent amener à faire des erreurs.

-Moi : Mais est ce que tu penses qu'il y serait possible de mettre quelque chose en place pour justement éviter ces interruptions tâches?

-IDE 2: Ouais, un petit brassard qui te dit stop, je suis pas dispo !

-Moi : C'est quelque chose qui est mis en place dans le service ?

-IDE 2 : Il faudrait essayer, rien n'est mis en place malheureusement dans le service. J'avais également entendu parler d'un gilet à mettre lors de la préparation des médicaments, mais je n'en ai jamais vu...

-Moi : Qu'es qui selon toi est la cause des erreurs médicamenteuses ?

-IDE 2 : Comme on vient de le dire, il y a l'interruption de tâches, mais également si l'on se trompe de forme galénique du traitement, que l'on donne une gélule à la place d'un sirop. On peut également faire une erreur d'identité, si c'est une chambre double avec des homonymes, ça arrive très rarement et quand c'est le cas, c'est signalé et bien rabâché pour éviter les erreurs.

-Moi : Ensuite, j'aimerais savoir ce qui joue sur votre qualité de vie au travail ?

-IDE 2 : Pour commencer je dirais qu'il faut trouver impérativement un équilibre entre vie privée et vie professionnelle, c'est un métier qui est très prenant mentalement et il ne faut pas le négliger. Il faut aussi être capable de penser à soi et pas nécessairement qu'aux autres. Il y a aussi les horaires pour avoir travaillé en 12h et en 7h30 je trouve que le problème dès 7h30, c'est qu'on doit effectuer un nombre de tâches, en peu de temps. Il faut que tu arrives à faire tous les pansements dans la matinée. Et ça, c'est une pression temporelle. Mais on sait qu'on a une charge de travail importante, notamment quand on a des pansements complexes comme aujourd'hui, je suis sous pression parce que je sais qu'il faut que je finisse. Alors que si j'avais une amplitude de travail beaucoup plus large, comme en 12h, l'organisation serait complètement différente. Dans mes souvenirs j'étais moins sous pression quand j'étais à 12h.

-Moi : Et par exemple le travail en binôme avec l'aide soignante. Est ce que tu trouves que c'est un plus? Que ça joue sur ta qualité de vie au travail ?

-IDE 2 : Oui, alors le travail en binôme, oui, surtout l'après-midi. Le matin, on a des tâches différentes: les aides soignantes et les infirmières. Elles ont des tâches un peu différentes. On est quand même très présentes aux soins techniques. Ok. Alors que l'après-midi on va effectuer nos tours ensemble, faire les entrées ensemble.

-Moi : Ok, je ne vais pas te déranger plus longtemps. Juste est ce que t'as quelque chose à rajouter par rapport à tout ce que l'on vient d'évoquer?

-IDE 2 : Ah oui, alors justement, sur la rupture de tâche, j'aimerais bien rajouter qu'il n'y a pas que le facteur humain qui nous interrompt, ça peut être le téléphone ou un pousse seringue qui sonne. Mais en tout cas mettre en place quelque chose pour que l'on ne nous dérange pas lorsque l'on manipule des traitements serait intéressant. Je veux rajouter également de ne pas perdre de vue que le patient est au centre, il doit être mis au courant s'il est victime d'une erreur médicamenteuse. Il doit être considéré comme acteur de sa prise en soin. Mais ton sujet est très intéressant, malheureusement dans le service

il n'y a pas d'outils pour éviter l'interruption de tâche. Après on voit bien quand la collègue est concentrée, on évite au maximum de la déranger.

-Moi : Merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions. Je te souhaite une bonne fin de journée.

-IDE 2 : Derien c'est avec plaisir, bonne journée également.

### Annexe IV : Tableau d'analyse

Mettre en évidence leur expérience professionnelle		
leur métier	les différent services rencontrés	durée d'exercice
-IDE 1 : Je suis infirmière depuis 38 ans	-IDE 1 : en réanimation chirurgicale -IDE 1 : j'ai fait un peu de réanimation médicale -IDE 1 : de la néphrologie	-IDE 1 : depuis 36 ans -IDE 1 : à peu près six mois -IDE 1 : seulement 1 mois
-IDE 2 : Je suis infirmière à l' hôpital de Rennes et diplômée depuis 2000 -IDE 2 : ça fait un peu plus de 20 ans maintenant	-IDE 2 :j'ai fait beaucoup de service dans ma carrière -IDE 2 :J'ai fait de multiples services -IDE 2 : de la chirurgie ambulatoire -IDE 2 : de la chirurgie digestive -IDE 2 : Et je suis en chirurgie orthopédique	-IDE 2: à peu près 5 ans -IDE 2 : une dizaine d'années -IDE 2 : depuis deux ans et demi
3	8	6

Mettre en évidence différente organisation et rythme de travail du service			
rythme du service	organisation du service		rythme du service
patient pris en charge	les postes occupée par les IDE	leur missions	leur horaires
<p>-nous avons 8 lits dans le module</p> <p>-Que l'on se répartit avec les deux autres infirmières</p>	<p>-L'infirmière peut-être auprès des patients</p> <p>-il y a l'infirmière de gestion</p> <p>-un infirmier volant</p>	<p>-dans les soins</p> <p>-avec le temps de transmission</p> <p>-qui gère tout le matériel et les dispositif médicaux</p> <p>-qui va dans les trois secteurs, pour aider les équipes au besoin</p> <p>-par exemple pour un transfert au bloc opératoire ou un examen</p>	<p>- Nous sommes tous en 12h donc de 7h à 19h30</p> <p>-Sauf l'infirmier de gestion qui est en 8h</p>
3	3	3	2
<p>-C'est de la chirurgie programmée.</p> <p>-un service de 26 lits</p> <p>-on accueille des patients qui viennent se faire opérer</p>	<p>-Il y a l'infirmière de coupe</p>	<p>-qui s'occupe elle des entrée et sortie des patients, qui gère la pharmacie et les transport</p>	<p>- un horaire de coupe qui fait 9h-17 h</p>

Mettre en évidence différente organisation et rythme de travail du service			
rythme du service	organisation du service		rythme du service
patient pris en charge	les postes occupée par les IDE	leur missions	leur horaires
<p>-qui sont en programmation sur des prothèses de hanches, de genou et sur des rachis.</p> <p>-on accueille de plus en plus de patients venant des urgences. -on les à en pré et post-opératoire</p>	<p>-L'infirmière qui est auprès des patients</p>	<p>-elle s'occupe des soins, pansement, distribution des médicaments, transmissions.</p>	<p>-:Dans le services se sont des postes en 7 h 30</p> <p>-des horaires du matin, 6 h 45-14 h 45</p> <p>-horaire de soir qui est de 13 h 50-21h20</p>
5	2	2	4

Mettre en évidence l'organisation des soins

l'organisation des soins

répartition des patients	organisation de la journée		méthode de travail
-Entre deux et trois patients -en fonction de la charge de travail.	deux patients	trois patients	-on travaille en binôme avec l'aide soignante - nous travaillons en binôme
	-on peut être amené à faire une toilette -la gestion de la pharmacie	-nous ne faisons pas de toilette -on dirige les aides soignantes	
	- après la toilette on essaye de faire les pansements - tous les soins auprès du patient en même temps -les médecins passent à partir de 10h -c'est mieux d'être avec eux pour leur donner le maximum d'information sur le patient -que eux nous donnent les directives et soins à réaliser sur la journée Entre 12h et 14h on se relai pour aller déjeuner pendant 30 minutes -A 14h nous ré-installons nos patients -une contre visite médicale à partir de 16h30		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-l'on peut avoir des changement de prescription et de prise en charge</li> <li>-l'après-midi nous avons les visites des familles</li> </ul>	
2	10	2
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Treize patients l'après-midi</li> <li>-le matin huit patients.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-on commence par les transmissions</li> <li>-on a des transmissions à faire en interne d'orthopédie</li> <li>on réalise le tour de surveillance, distribution des traitements aux prises de sang</li> <li>- on a encore une réunion avec le cadre de santé, Kiné</li> <li>-vers 10 h, on démarre le tour de pansement, jusqu'à ce qu'on termine</li> <li>-après on s'organise pour faire le tour de midi</li> <li>-les surveillances et la distribution des traitements.</li> </ul>	-travail en binôme surtout l'après-midi
2	6	1

montrer les difficultés inhérentes au poste

interruption de tâche

lié à l'humain	lié à l'organisation	lié au matériel	lié au patient	l'impact sur le patient	erreur médicamenteuse
<p>lié à l'humain</p> <p>-On rencontre beaucoup de rupture de tâche</p> <p>-on vient te prévenir que tu as ça et ça à faire</p> <p>-on t'interrompt par rapport à un autre patient.</p> <p>-souvent interrompus par les aides soignants</p> <p>-par les médecins</p> <p>-il y a les familles, nous interrompt que très peu.</p> <p>-Ça permet aussi de ne pas avoir à les déranger( les médecins)</p> <p>-éviter nous aussi d'interrompre le</p>	<p>IDE 2 :</p> <p>-le souci de l'organisation de notre service</p> <p>-'on a beaucoup de transmissions à faire à beaucoup d'intervenants</p> <p>-On peut parfois omettre des</p>	<p>IDE 2:</p> <p>-il n'y a pas que le facteur humain qui nous interrompt</p> <p>-ça peut être le téléphone</p> <p>-un pousse seringue qui sonne</p>	<p>IDE 1:</p> <p>-si le malade se complique d'un seul coup</p> <p>-s' il y a un examen à réaliser en urgence</p> <p>- Il y a des familles qui viennent.</p>	<p>IDE 2:</p> <p>-on peut ne pas être présente pour apporter un antalgique à quelqu'un qui souffre</p> <p>-le patient à donc souffert plus longtemps</p> <p>- le fait qu'il souffre et qu'il attende son antalgique</p> <p>-ça peut arriver quand on est interrompu (erreur médicamenteuse)</p> <p>-Imaginons que tu récupères un traitement dans la pharmacie, en même temps quelqu'un te demande un renseignement, tu ne fais pas attention et tu récupères le mauvais dosage</p>	<p>IDE 2:</p> <p>-si l'on se trompe de forme galénique</p> <p>-l'on donne une gélule à la place d'un sirop</p> <p>-faire une erreur d'identitovigilance</p> <p>- si c'est une chambre double avec des homonymes, ca arrive très rarement et quand c'est le cas, c'est signalé et bien rabâché pour éviter</p>

<p>médecin dans sa tâche</p> <p>IDE 2 :</p> <p>-On peut être interrompu à n'importe quel moment de la journée</p>	<p>choses</p>				<p>les erreurs</p> <p>- les interruptions de tâche peuvent amener à faire des erreurs</p>
<p>8</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>5</p>	<p>5</p>

Décrire les souhaits d' axes d'amélioration			
les essais			idée proposé/ à essayer
constats sur des essais ou propositions non retenus	gardé	difficulté ou biais	
<p>-des petites affichettes avec noté, ne pas déranger l'infirmière.</p> <p>-les gens ouvrent quand même la porte</p> <p>-Donc je ne sais pas quoi te dire</p> <p>IDE 2:</p> <p>-rien n'est mis en place malheureusement dans le service</p> <p>-je n'en ai jamais vu</p> <p>-il n'y a pas d'outils pour éviter l'interruption de tâche</p>	<p>-Je ferme la porte quand je prépare des thérapeutiques</p> <p>-j'essaie de me mettre dans ma bulle</p> <p>IDE 2 :</p> <p>-on voit bien quand la collègue est concentrée, on évite au maximum de la déranger</p>	<p>-en réa c'est très compliqué il faut être attentif à ce qui se passe dans la chambre ou tu es mais aussi à tes autres chambres</p> <p>-une oreille reste en dehors à l'affût</p>	<p>IDE 2:</p> <p>- un petit brassard qui te dit stop, je suis pas dispo</p> <p>-'un gilet à mettre lors de la préparation des médicaments</p> <p>-quelque chose pour que l'on ne nous dérange pas lorsque l'on manipule des traitements serait intéressant</p>
6	3	2	3

QVT

responsabilité	charge mentale	travail en équipe bénéfique	amplitude horaire
<p>-Ne pas venir juste pour travailler pour ta toilette et basta</p> <p>-travailler pour le patient</p> <p>-comprendre pourquoi l'on fait ça et pas autre chose</p> <p>-une réflexivité professionnelle</p> <p>-réaliser le projet de soins du patient</p> <p>-responsabiliser tout le monde</p> <p>-instaurer une rigueur.</p> <p>-il est important de respecter le travail de chacun</p> <p>-il faut motiver même toi en tant qu'infirmière tes collègues à faire des choses</p> <p>-essayer de ne pas rester dans sa zone de confort et ses habitudes</p> <p>IDE 2 :</p>	<p>-tout repose sur l'infirmière</p> <p>-ce n'est pas à l'infirmière de tout gérer</p> <p>-chaque poste à sa responsabilité</p> <p>- sinon tu ne t'arrête jamais de travailler</p> <p>IDE 2:</p> <p>-trouver impérativement un équilibre entre vie privée et vie professionnelle</p> <p>-c'est un métier qui est très prenant mentalement</p> <p>-il ne faut pas le négliger.</p> <p>-on doit effectuer un nombre de tâches, en peu de temps</p> <p>- Il faut que tu arrives à faire tous les pansements dans la matinée</p> <p>-c'est une pression temporelle</p>	<p>-en équipe médicale et paramédicale</p> <p>-l'on devrait organiser plus souvent des réunions inter-secteurs</p> <p>-pour moi le plus important c'est le travail en équipe.</p> <p>-avoir un second regard sur la situation</p> <p>-avoir deux têtes pensantes</p> <p>-le travail en collaboration avec l'aide soignante est primordial</p> <p>- elle nous apporte plein d'informations sur le patient</p> <p>-des détails que l'on aurait manqué</p> <p>-C'est nous qui avons aussi les 2 principales visites des médecins</p> <p>-avant de partir il nous demande si tout va bien</p> <p>-s' il y a quelque chose à signaler ou à réajuster avant qu'ils partent</p> <p>-leur faire prendre conscience qu'il y a des moments ou nous avons besoin d'être au calme pour rester concentré</p> <p>- pendant ce temps là la collègue peut faire autre</p>	<p>-je trouve que c'est nettement mieux de travailler en 12h</p> <p>-ça te permet de bien suivre tes prescription, et ton patient</p> <p>IDE 2:</p> <p>- Il y a aussi les horaires</p> <p>-pour avoir travailler en 12h et en 7h30</p> <p>-le problème dès 7h30</p> <p>- Alors que si j'avais une amplitude de travail beaucoup plus large, comme en 12h, l'organisation serait complètement</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- le patient est au centre</li> <li>-il doit être mis au courant</li> <li>- s' il est victime d'une erreur médicamenteuse</li> <li>-Il doit être considéré comme acteur de sa prise en soin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-on sait qu'on a une charge de travail importante</li> <li>-quand on a des pansements complexes</li> <li>- je suis sous pression parce que je sais qu'il faut que je finisse</li> <li>-être capable de penser à soi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>chose auprès du patient</li> <li>-savoir passer la main</li> <li>-se dire que tu as l'équipe de nuit qui arrive en relais</li> </ul> <p>IDE 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-le travail en binôme, oui, surtout l'après-midi</li> <li>-Le matin, on a des tâches différentes: les aides soignantes et les infirmières</li> <li>-Elles ont des tâches un peu différentes</li> <li>-l'après-midi on va effectuer nos tour ensemble</li> <li>-faire les entrer ensemble</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>différente</li> <li>- j'étais moins sous pression quand j'étais à 12h</li> </ul>
14	14	20	7

NOM : DELANDE  
PRÉNOM : Alexis

TITRE : L'Influence du Contexte de Travail sur les Erreurs Médicamenteuses / Working environment influence on medication errors

I naturally gravitated towards the topic of medication errors, given its crucial importance in the healthcare field and my interest in improving working conditions. My goal is to understand the origins of these errors to prevent and correct them, thereby contributing to quality practice while respecting patient and healthcare professional safety. I interviewed experienced nurses to understand their experiences with task interruptions and medication errors. Working in different departments (surgical intensive care and orthopedic surgery), they have varying schedules (12h and 7h30 shifts). The interviews were recorded using my mobile phone. These interviews highlighted several results, including their professional experience. Nurse 1 has 38 years of experience in ICU, while Nurse 2 has worked for 24 years in various surgical departments. Their work organization differs: Nurse 1 works 12h shifts in ICU, while Nurse 2 works 7.5h shifts in orthopedic surgery. Both departments have different work structures. They face common challenges such as task interruptions, influenced by human and organizational factors. The nurses proposed various improvement strategies to resolve task interruptions, which can be individual or collective. Additionally, teamwork, nursing responsibility, and work-life balance are crucial elements for their well-being. Nurses prefer 12h shifts for their organization and care continuity. Finally, the main points discussed include high workload and interruptions, the importance of teamwork despite time loss, challenges of reducing task interruptions, stress due to workload, and its impact on quality of life, as well as the potential impact of medication errors on the patient-caregiver relationship.

Je me suis dirigée vers le sujet l'erreur médicamenteuse, essentielle en santé, cherchant à améliorer les conditions de travail. Mon but : comprendre et prévenir ces erreurs, pour une pratique de qualité respectant la sécurité des patients et des professionnels. J'ai alors interviewé des infirmières expérimentées pour comprendre leurs expériences en matière d'interruptions de tâches et d'erreurs médicamenteuses. Travaillant dans des services différents (réanimation et chirurgie orthopédique), elles ont des horaires variés (12h et 7h30). Les entretiens ont été enregistrés avec mon téléphone portable. Ces entretiens ont alors fait ressortir quelques résultats notamment leurs expérience professionnelle L'IDE 1 a 38 ans d'expérience en réanimation, tandis que l'IDE 2 travaille depuis 24 ans dans divers services chirurgicaux. leur organisation du travail diffère, L'IDE 1 travaille en 12h en réanimation, tandis que l'IDE 2 en 7h30 en chirurgie orthopédique. Les deux services ont des organisations différentes. Leurs difficultés telles que les interruptions de tâches sont une problématique commune, influencée par des facteurs humains et organisationnels. Les différents axes d'amélioration proposés par les infirmières concernant les interruptions de tâches, axes d'amélioration qui peuvent être individuels et collectifs. Et pour compléter la qualité de vie au travail, le travail en équipe, la responsabilité infirmière et l'équilibre vie professionnelle-personnelle sont des éléments cruciaux pour leur bien-être. Les infirmières préfèrent le travail en 12h pour son organisation et son suivi des soins. Pour finir Les principaux points abordés lors de ma discussion incluent la charge de travail élevée et les interruptions, l'importance du travail en équipe malgré les pertes de temps, les défis pour réduire les interruptions de tâches, le stress lié à la charge de travail et ses implications sur la qualité de vie, ainsi que l'impact potentiel des erreurs médicamenteuses sur la relation patient-soignant

MOTS CLÉS : Contexte de travail, erreur médicamenteuse, interruption de tâche, impact, qualité de vie au travail

KEY WORDS : working environment, medication errors, task interruption, impact, quality of work life

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS du CHU de Rennes  
2, rue Henri le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09  
TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDES – 2024

