

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DU  
CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES

Promotion 2010-2013

Le sens du rôle propre dans la profession infirmière

---

Anaïs DUCOULOMBIER

Mémoire de fin d'études - UE 5.6 S6 – Analyse de la qualité et traitement  
des données scientifiques et professionnelles

Directrice de mémoire : Dominique LE BŒUF

23 mai 2013

## **Note aux lecteurs**

**« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »**

## Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont particulièrement soutenue le long de mes trois années de formation, et lors de l'élaboration de ce mémoire :

Dominique Le Bœuf, pour avoir su cerner mon caractère et me guider de façon personnalisée.

Ma famille, qui m'a toujours écouté, qui a cru en moi, et qui a su maintenir ma motivation tout au long de ces trois ans.

Mes amis qui ont toujours été présents.

Les infirmières ayant pris le temps de répondre à mes questions.

Merci à tous !

W. Hesbeen: *«L'accueil, l'écoute, la disponibilité et la créativité des soignants, combinés à leur connaissances de nature scientifique et habiletés techniques, y apparaissent comme déterminants essentiels d'un soin de qualité.<sup>1</sup>»*

M. Saint Etienne: *«Écrire c'est se distancier de sa pratique, c'est donc pouvoir d'abord la regarder soi-même et accepter aussi que d'autres la regardent (...) Écrire c'est entrer dans un processus d'autonomisation supposant d'avoir répondu à un préalable important qui est: "est ce que je reconnais la valeur de ce que je fais?"<sup>2</sup>».*

---

<sup>1</sup> La qualité du soin infirmier : Penser et agir dans une perspective soignante. 2e Ed. France : Masson. 2002. 208 pages.

<sup>2</sup> Revue Soins, MASSON, N° 18, 2ème trimestre 1996, page 57

## Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1. SITUATION D'APPEL</b> .....	<b>2</b>
1.1 <i>Situation de départ</i> .....	2
1.2 <i>Questionnement</i> .....	4
<b>2. CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL</b> .....	<b>5</b>
2.1 <i>Les missions de l'infirmière : entre rôle propre et rôle prescrit</i> .....	5
2.2 <i>La traçabilité des actes infirmiers, point d'ancrage de la reconnaissance du métier</i> .	9
<b>3. RETOUR D'ENQUETE</b> .....	<b>14</b>
3.1 <i>Les entretiens</i> .....	14
3.2 <i>Observation des dossiers de soins</i> .....	21
<b>4. ANALYSE</b> .....	<b>22</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>28</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>29</b>
ANNEXE I – <i>Entretien infirmière 1</i> .....	31
ANNEXE II – <i>Entretien infirmière 2</i> .....	34
ANNEXE III – <i>Entretien infirmière 3</i> .....	38
ANNEXE IV – <i>Entretien infirmière 4</i> .....	43
ANNEXE V – <i>Entretien infirmier 5</i> .....	47
ANNEXE VI – <i>Entretien infirmière 6</i> .....	53
ANNEXE VII – <i>Analyse des dossiers de soins</i> .....	58
ANNEXE VIII - <i>Abréviations</i> .....	59

## **Introduction**

Nous apprenons en institut de formation les deux rôles de l'infirmière<sup>3</sup>, et notamment comment identifier les besoins d'un patient en service de soins, pour élaborer un raisonnement clinique permettant de délivrer des soins de qualité personnalisés.

L'accueil du patient est un point d'ancrage dans la prise en charge infirmière. Il permet de faire la connaissance du patient, d'établir les prémices de la relation soignant-soigné, mais également de mettre en place la démarche de soins du patient, par l'identification de ses besoins et de ses ressources. Par la suite, l'infirmière effectue un certain nombre d'actions, relevant de son rôle propre et prescrit, et les évalue.

Cependant, j'ai pu remarquer que l'ensemble de la prise en charge infirmière, la réflexion qu'elle entreprend pour accompagner le patient de façon personnalisée lors de son hospitalisation n'est pas toujours visible dans les dossiers de soins, notamment dans les transmissions ciblées. De plus, d'un service à l'autre, et d'une infirmière à l'autre, les modalités de rédaction des transmissions et les données écrites peuvent varier considérablement.

Je me suis alors demandé pourquoi les actes émanant du rôle propre ne sont pas valorisés de la même façon que les actes relevant du rôle prescrit par les infirmières dans les dossiers de soins, qui eux sont en grande majorité rigoureusement tracés.

J'ai décidé de traiter de ce sujet afin de tenter de comprendre l'origine de ces différences, quels peuvent être les impacts sur la prise en charge des patients et quels axes d'amélioration envisager. Le rôle propre étant omniprésent dans chaque service de soins, j'espère de ce travail enrichir mes représentations du rôle propre infirmier afin de pouvoir le valoriser davantage. Ayant été largement sensibilisée à l'importance du dossier de soins par mes recherches, la lecture de mon mémoire pourrait contribuer à la sensibilisation d'autres infirmières.

J'aborderai dans ce mémoire la situation que vécue en stage qui m'a amenée à m'intéresser à ce thème, je présenterai mon cadre conceptuel ainsi que ma méthode de recherche, puis les résultats de cette exploration et leur analyse.

---

<sup>3</sup> Lire infirmier et infirmière

# **1. Situation d'appel**

## **1.1 Situation de départ**

La situation que j'ai rencontrée a eu lieu lors de mon stage du semestre 4 dans un service d'hépatogastroentérologie (HGE) d'un hôpital des Yvelines, d'une durée de dix semaines, du 12 mars au 18 mai 2012. Elle s'est déroulée le long de l'hospitalisation de Me B, du 5 au 12 avril 2012.

Me B, 80 ans, est adressée par son médecin traitant dans l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée pour échographie pelvienne et repérage pour exploration d'une ascite abdo-pelvienne. Elle présente comme antécédents un cancer du côlon opéré en 2000, une lithiase vésiculaire opérée, une prothèse totale de hanche droite et gauche, une hypertension artérielle traitée et stabilisée, une hypothyroïdie et aucun antécédent cardiaque.

Lors de la consultation avec son médecin traitant, Me B se dit fatiguée depuis trois semaines, elle pèse 49Kg pour 1m58, soit un IMC de 19,6. Elle souffre d'ascite abdo-pelvienne et d'œdèmes de membres inférieurs, de nausées, de vomissements et d'ictère conjonctival. Étant donné son altération de l'état général, elle est hospitalisée dans le service d'HGE.

À son arrivée, je m'occupe de son accueil. Je remplis la feuille de recueil de données du service avec ses antécédents, ses allergies, son degré d'autonomie, et le numéro de téléphone de son domicile.

Me B vit seule, n'a pas d'enfants, et est autonome au domicile. Son neveu et sa nièce viennent la voir régulièrement chez elle et à l'hôpital. Me B est fatiguée mais communicante. Elle répond à mes questions sans difficulté, et contribue au recueil des informations. Je rédige par la suite une macrocible d'entrée, dans les transmissions ciblées du dossier infirmier.

Au cours de son hospitalisation, Me B se fatigue de plus en plus. À son entrée, elle était capable de se mobiliser seule avec une canne, sous simple surveillance par sécurité. Progressivement, elle devient asthénique et ne quitte plus son lit. Parallèlement, elle communique de moins en moins, est de plus en plus inconfortable et dit avoir froid malgré les multiples couvertures et manteaux dont elle dispose. De plus, elle souffre de douleurs postprandiales, majorant son anorexie.

Le 11 avril 2012, Me B bénéficie d'une ponction d'ascite évacuatrice de 4,5L pour soulager ses douleurs.

Son neveu lui rend visite à 19h. Il vient ensuite à notre rencontre pour discuter de son état de santé.

Lui: *«Ma tante vit seule chez elle, elle s'y sent très bien et se débrouille, elle se fait elle-même à manger et se douche. Ici elle ne mange pas, je ne sais pas si c'est une bonne idée qu'elle reste à l'hôpital. Ma sœur et moi on passe la voir chez elle, elle pourrait rentrer, je suis sûr qu'elle irait mieux».*

Nous l'informons que son état se dégradant, elle perd de l'autonomie et que le retour à domicile n'est plus envisageable. Il doute et continue de penser qu'un retour à domicile lui serait bénéfique. Il part de l'hôpital à 20h, heure de fin des visites, en nous remerciant chaleureusement, et en espérant que sa tante puisse quitter l'hôpital au plus vite.

Le lendemain, j'arrive à l'hôpital à 8h. Me B est dans une chambre seule, je peux apercevoir en arrivant que plusieurs dispositifs médicaux sont installés dans sa chambre, notamment de multiples pousses-seringue, dont elle ne disposait pas la veille.

Je m'en vais lire les transmissions écrites et rencontrer l'infirmière pour comprendre la situation.

A 23h45, Me B est en état de choc avec une TA=7/3, une satO<sub>2</sub>=80% en air ambiant, une T°=38,6 et un trouble de la conscience.

La réanimation est appelée et arrive à 0h32. Est constatée une détresse respiratoire associée à une hypotension artérielle sans réponse au remplissage. Son état est une indication à la réanimation, mais tenant compte de son état clinique et après avis de son médecin, l'équipe n'entreprend pas de réanimation. Me B entre dans les soins palliatifs.

Le médecin tente de joindre la famille via le seul numéro de téléphone trouvé dans son dossier infirmier sans succès. En effet, celui qui y était inscrit était le numéro de téléphone de son domicile, alors qu'elle y vivait seule. La famille n'a pu être prévenue que dans la nuit, après recherche d'un numéro de téléphone dans les papiers de Me B.

Me B décède le 12 avril 2012 à 9h45.

## 1.2 Questionnement

Le recueil de données est-il réévalué par les infirmières au cours de l'hospitalisation des patients?

La retranscription des données recueillies est-elle considérée comme un soin par les infirmières?

Les transmissions sont-elles effectuées différemment selon les patients?

La démarche de soins permet-elle d'anticiper le devenir des patients?

Quelles sont les données relevées par l'infirmières lors de sa journée de travail?

Quel est l'impact de transmissions incomplètes?

Un dossier de soins complet permet-il des soins de qualité?

Dans quelle mesure la conception du soin par les infirmières joue-t-elle un rôle sur la qualité du projet de soins des patients?

Au regard de ma situation d'appel et de mon questionnement, j'ai élaboré une question de départ :

***Quel sens les infirmières accordent-elles à leur rôle propre, alors que la formation lui octroie la même importance que le rôle prescrit ?***

## **2. Cadre théorique et conceptuel**

### **2.1 Les missions de l'infirmière : entre rôle propre et rôle prescrit**

La définition du rôle est donnée dans la catégorie sociologique du dictionnaire Larousse, comme «un ensemble de normes et d'attentes qui régissent le comportement d'un individu du fait de son statut social ou de sa fonction dans un groupe». Le rôle de l'infirmière peut ainsi être défini comme sa conduite dans l'exercice de sa fonction, conditionnée par un cadre législatif qu'elle doit impérativement suivre et par d'autres éléments plus variables, comme ses valeurs et ses représentations, qui vont entraîner le caractère singulier de l'exercice de son métier.

Le rôle de l'infirmière est multiple et complexe. Il se divise le plus souvent en deux rôles, l'un dit propre et l'autre prescrit.

Le rôle propre de l'infirmière, constitué en grande partie de savoir-être est dit autonome. Chatzis définit l'autonomie professionnelle comme la «capacité d'un sujet de déterminer librement les règles d'action auxquelles il se soumet, de fixer, à l'intérieur de son espace d'action, les modalités précises de son activité, sans qu'un extérieur ne lui impose ses normes»<sup>4</sup>. Le rôle propre tient donc compte des obligations professionnelles, mais offre à l'infirmière une liberté d'action, permettant au métier de ne pas être standardisé, d'offrir aux patients des soins personnalisés, et de mettre en œuvre la capacité de jugement et de réflexion de l'infirmière, notamment à travers la démarche de soins. C'est ce rôle propre, que les étudiants en soins infirmiers tentent d'acquérir à travers plusieurs Unité d'Enseignement tout au long des trois ans d'études, qui permet à l'infirmière de valoriser son expertise, en se distinguant d'une seule fonction de technicienne exécutante d'une prescription médicale.

Le rôle prescrit, constitué majoritairement de savoir et savoir-faire, est lui guidé par la prescription médicale. C'est l'ensemble des actes techniques que l'infirmière va effectuer, en réponse à une prescription médicale, et en suivant les règles de bonnes pratiques reconnues par la Haute Autorité de Santé et enseignées à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers. Le rôle prescrit est plus standardisé et règlementé que le rôle propre, et laisse moins de place à la personnalisation du soin infirmier.

---

<sup>4</sup> CHATZIS, Konstantinos. L'Autonomie dans les organisations: quoi de neuf? Editions L'Harmattan, 1999, pages 29-30

Les rôles de l'infirmière sont multiples, complexes et indissociables. W. Hesbeen qualifie le soin infirmier comme «composé d'une multitude d'actions qui sont surtout, malgré la place prise par les gestes techniques, une multitude de 'petites choses' qui offrent la possibilité de témoigner d'une 'grande attention' à la personne soignée et à ses proches, tout au long des vingt-quatre heures d'une journée»<sup>5</sup>.

C'est donc le rôle propre de l'infirmière, et l'ensemble de ces «petites choses», qui permettent une prise en charge globale du patient, prenant en compte la nécessité d'apporter de l'attention à la personne, et de traiter le patient comme un sujet et non un objet. Il offre à l'infirmière la possibilité d'exercer son autonomie, et ainsi de valoriser le caractère complexe du soin infirmier, en prenant en compte le malade autant que la maladie. Cependant, les actes relevant du rôle propre apparaissent peu dans les dossiers de soins des patients, à l'inverse des actes relevant du rôle prescrit, freinant ainsi sa valorisation. Cette tendance peut s'expliquer par l'histoire de la profession infirmière, et par les textes de loi la régissant.

Le métier infirmier a connu une évolution considérable dans le temps. Le docteur Bourneville créa en 1878 la première école de formation infirmière à Paris. Il instaura un enseignement d'un an à deux niveaux: un niveau primaire, tendant à forger «l'obéissance et la subordination», et un niveau secondaire «transmettant un savoir dans le but d'appliquer les ordres du médecin, et non de se questionner ou réfléchir»<sup>6</sup>.

En 1900, l'infirmière était considérée comme secondaire et soumise au médecin. C'est à l'occasion de la première guerre mondiale qu'elle est reconnue du grand public pour son dévouement auprès des blessés. La seconde guerre mondiale ainsi que les progrès de la médecine permettent à l'infirmière de développer ses compétences notamment en matière de gestes techniques par un glissement de tâches. Cependant, l'infirmière est toujours exécutante sous les ordres d'une surveillante générale étant la seule à pouvoir échanger avec les médecins. Ce n'est que plus tard que le rôle propre a été reconnu par la loi du 31 mai 1978, permettant à l'infirmière de développer ses compétences, et de valoriser ses capacités de raisonnement et d'autonomie.

---

<sup>5</sup> HESBEEN, Walter. Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris : Masson page 45

<sup>6</sup> ETIENNE, Danièle. Le couple médecin-infirmière de 1900 à nos jours. Soins, Décembre 2006, n°711, pages 36-38.

De nos jours, les progrès en médecine, ainsi que la pénurie de professionnels médicaux amènent l'infirmière à être de plus en plus sollicitée par les médecins, notamment pour effectuer des gestes techniques, au détriment des soins relevant du rôle propre. W. Hesbeen parle d'une «centration sur la tâche»<sup>7</sup>, où l'infirmière multiplie les actes techniques dictés par la prescription médicale, déléguant les autres soins à l'aide-soignante ou en les effectuant brièvement. L'évolution certaine du rôle prescrit de l'infirmière ces dernières années a conduit à son expertise technique, et ainsi à la nécessité d'avoir des connaissances scientifiques de plus en plus précises, plaçant les soins techniques au centre de la pratique infirmière. Ainsi, les actes relevant du rôle propre sont placés au second plan, et ne profitent pas de la même place dans les dossiers de soins des patients.

Cette prévalence du rôle prescrit dans les dossiers de soins infirmiers peut également être expliquée par les textes législatifs régissant la profession infirmière.

L'article R4311-3 du Code de la Santé Publique précise le rôle propre infirmier : «relèvent du rôle de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie du patient»<sup>8</sup>.

Le rôle propre accorde ainsi au métier infirmier une compétence indépendante de la prescription médicale, permettant à l'infirmière d'exercer une autonomie, une capacité de jugement et d'initiative, dans l'intérêt du patient.

L'article R4311-7 du Code de la Santé Publique évoque la traçabilité du rôle prescrit de l'infirmière, particulièrement pour les thérapeutiques administrées par voie parentérale : «Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier et transcrit dans le dossier de soins infirmiers». De plus, l'article R431-29 du Code de la Santé Publique précise : «En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière remet à ce dernier un compte-rendu écrit, daté et signé».

Les lois régissant la profession infirmière imposent donc une traçabilité des actes effectués par l'infirmière sur prescription médicale.

---

<sup>7</sup> HESBEEN, Walter. Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris : Masson page 73

<sup>8</sup> Article tiré du Code de la Santé Publique

L'article R4312-28 du Code de la Santé Publique évoque le dossier de soins infirmiers : «L'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son rôle propre et permettant le suivi du patient».

La traçabilité des actes infirmiers émanant du rôle propre n'a donc pas un critère d'obligation, à l'exception de la traçabilité de l'exécution du renouvellement du vaccin antigrippal, cet acte nécessitant un processus de pharmacovigilance: «L'infirmier ou l'infirmière indique dans le dossier de soins infirmiers l'identité du patient, la date de réalisation du vaccin ainsi que le numéro de lot du vaccin lors de l'injection».

En conclusion, comme l'expose l'article<sup>9</sup> de Dominique FRIARD, l'exercice du rôle propre demande une traçabilité, mais moins impérativement que celle liée aux prescriptions médicales, qui a un caractère d'obligation législatif.

Le rôle conditionne donc les actions, selon plusieurs normes et attentes, il donne une certaine conduite à tenir. Cependant, outre le cadre législatif imposant un certain nombre d'actions à l'infirmière, chacune agit de façon différente, selon la dimension autonome qui lui est accordée par son rôle propre. W. Hesbeen définit l'autonomie comme la «capacité de gérer ses propres limites, de se gouverner à partir de ses propres normes»<sup>10</sup>. Les missions de l'infirmière émanant de son rôle propre ne seront donc pas remplies de la même façon d'une professionnelle à une autre, selon plusieurs facteurs.

D'autre part, on observe que le rôle prescrit occupe une place beaucoup plus importante que le rôle propre dans les dossiers de soins des patients, limitant la valorisation du travail autonome infirmier. On peut alors s'interroger sur les raisons de cette faible visibilité des actes autonomes infirmiers dans les dossiers de soins: ne sont-ils pas effectués, ne sont-ils pas tracés? Ce manque de traçabilité des actes autonomes infirmiers conduit à leur manque de valorisation, ce qui m'amène à traiter la deuxième partie de mon cadre conceptuel, afin de déterminer les facteurs limitant la traçabilité des actes du rôle propre infirmier.

---

<sup>9</sup> FRIARD, Dominique. Ecriture infirmière et qualité des soins. Soins psychiatrie, Novembre/Décembre 2003, n°13, pages 41-45.

<sup>10</sup> Gestion hospitalière N°323, pages 123 - 124

## **2.2 La traçabilité des actes infirmiers, point d'ancrage de la reconnaissance du métier**

Le métier infirmier est donc composé de deux volets, l'un technique et scientifique, dans lequel l'infirmière effectue des soins prescrits, et l'autre relationnel, dans lequel l'infirmière effectue des soins en apportant une attention à la personne, et prends en compte le patient dans sa globalité. Elle ne traite pas uniquement la maladie, mais bien la personne sous toutes ses dimensions: physique, psychologique, sociale, spirituelle, culturelle, mais aussi environnementale.

Le rôle propre a donc une place très importante dans la prise en charge du patient. En pratique, sa négligence peut conduire à une forme de maltraitance qualifiée d'«ordinaire», banalisée, quotidienne, invisible<sup>11</sup>. Le rôle propre permet à la personne soignée de se sentir existée en tant que personne à part entière et non uniquement en tant que malade.

L'infirmière dispose également d'un statut particulier lui permettant d'être davantage aux côtés du patient que les autres professionnels de santé. Ainsi, elle bénéficie d'échanges avec le patient et recueille des données dont les autres professionnels ne disposeront pas. La transmission de ces données dans les dossiers de soins est donc primordiale pour la prise en charge du patient par les autres professionnels, afin qu'il puisse bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire et continue. W. Hesbeen précise «la pertinence et la synthèse de ces informations apparaissent comme des leviers intéressants participant à la reconnaissance du travail infirmier»<sup>12</sup>.

De plus, le rôle propre est un facteur essentiel de l'évolution du métier infirmier. Il permet à l'infirmière de se distinguer d'une simple exécutante d'une prescription médicale. Si les soins apportés aux patients sont dénués de sens, ou que ceux-ci sont effectués sans attention particulière à la personne, alors l'infirmière peut ne plus être considérée comme indispensable au système de santé.

---

<sup>11</sup> HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Maltraitance / Bientraitance dans les établissements de santé. Has-sante.fr [En ligne]. 2010. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/plaquette\\_maltraitance\\_v3.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/plaquette_maltraitance_v3.pdf)

<sup>12</sup> HESBEEN, Walter. Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris : Masson P67

En effet, sans la dimension relationnelle, elle pourrait être remplacée par une technicienne ou une auxiliaire tout autant qualifiée en termes techniques. W. Hesbeen<sup>13</sup> a identifié quatre éléments que l'infirmière peut apporter à la personne soignée: le confort, la douceur, la chaleur et l'attention aux «mille et un détails». Ces quatre éléments s'ils semblent faire partie du «bon sens» relèvent du professionnalisme lorsqu'il s'agit de les apporter à une personne extérieure à notre entourage, avec qui l'infirmière ne partage pas de lien affectif personnellement. C'est en cela que le métier infirmier est complexe, que sa fonction est bien plus qu'exécutante, et que son rôle propre doit être mis en valeur pour faire reconnaître son utilité sociale et son caractère indispensable dans le système de santé. En résumé, «sans perspective infirmière, il ne s'agit que de tâches qui ne relèvent dès lors pas du soin infirmier»<sup>14</sup>.

Enfin, l'infirmière exécutant des soins redondants, sans prendre en compte la situation dans lequel le patient se trouve, prend le risque de tomber dans un travail routinier, dénué de sens. De plus, des études évoquées dans le cadre d'un mémoire<sup>15</sup> montrent que «plus les personnels infirmiers ont la possibilité d'appliquer de manière autonome leurs compétences propres, plus ils sont satisfaits».

Le rôle propre tient donc une importance primordiale dans la prise en charge du patient, dans la contribution au travail pluridisciplinaire, mais aussi dans l'évolution du métier infirmier. Dès lors, il semble indispensable que le rôle propre soit valorisé, et reconnu comme l'essence du travail infirmier.

On entend très souvent que le métier d'infirmière n'est pas assez reconnu. W. Hesbeen précise que la reconnaissance du métier infirmier doit passer par la valorisation du soin infirmier, autrement dit du rôle propre.

---

<sup>13</sup>HESBEEN, Walter. Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris : Masson P67

<sup>14</sup> HESBEEN, Walter. Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris : Masson P65

<sup>15</sup> LHEUREUX, F. Représentations professionnelles, satisfaction au travail et choix de carrière des personnels infirmiers : le rôle des valeurs d'autonomie. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 16(4), 312-325

Selon Anne Courcoux<sup>16</sup>, le dossier de soins est l'instrument de la démarche de soins, nous devrions pouvoir remonter à sa lecture les différentes étapes du recueil de données: «l'analyse des besoins, la définition des objectifs de soins, la mise en œuvre des actions, l'évaluation de l'ensemble jusqu'à découverte de la conception de soins et des valeurs qui sous-tendent l'activité des soignants». C'est donc par le dossier de soins que l'infirmière peut mettre en valeur le processus de réflexion qu'elle entreprend pour prendre en charge un patient.

Cependant, l'enquête<sup>17</sup> de Dominique Friard rapporte que les dossiers de soins infirmiers présentent des transmissions systématiques concernant les actes prescrits, et des transmissions pauvres, incomplètes voire inexistantes des actes du rôle propre. Les aspects qualitatifs du soin, comprenant le relationnel et constituant le rôle propre infirmier, sont absents du dossier de soins, rendant leur évaluation et par extension leur valorisation impossible. Dominique Friard parle d'une «réticence scripturaire». L'infirmière trace les aspects médicaux-légaux du soin, elle écrit toutes les données objectives, et préfère transmettre oralement son ressenti ou les échanges dont elle a pu bénéficier avec le patient.

Par ailleurs, une étude<sup>18</sup> publiée en 2002 montre que plus les besoins sont vitaux (boire, manger, respirer ou éliminer), plus ils sont détaillés par les infirmières dans le dossier de soins. A contrario, les besoins tels qu'«apprendre, s'occuper ou agir selon ses croyances» sont rarement remplis ou bénéficient d'un sigle ou d'une abréviation n'étant pas utilisés dans l'ensemble de l'établissement, complexifiant la compréhension par l'ensemble des acteurs intervenants dans la prise en charge du patient. Les transmissions sont parfois décousues, ne permettant pas à la simple lecture de se représenter le processus de soins mis en place. Les actes infirmiers et le processus de réflexion systématiquement mis en route à l'arrivée d'un patient par l'infirmière ne sont donc ainsi pas mis en valeur.

Un premier facteur pouvant expliquer l'absence du rôle propre dans les dossiers de soins infirmiers a déjà été traité dans la première partie du cadre conceptuel. En effet, les lois régissant le métier infirmier imposent une traçabilité des actes infirmiers effectués sur prescription, et moins impérativement concernant les actes relevant du rôle propre.

---

<sup>16</sup> COURCOUX-RIQUELME, Anne. Les dessous du dossier de soins. Recherche en soins infirmiers, Juin 1988, n°13, page 54

<sup>17</sup> FRIARD, Dominique. Ecriture infirmière et qualité des soins. Soins psychiatrie, Novembre/Décembre 2003, n°13, pages 41-45.

<sup>18</sup> MÜLLER, Ronald ; RAË, Anne-Claire ; et al. Les notes infirmières : quelle contribution à la qualité du dossier de soins. Recherche en soins infirmiers, Juin 2002, n°69, pages 122-129.

Cependant, suite à la loi du 4 mars 2002, les patients disposent d'un droit d'accès à leur dossier de soins. En cas de litige, la qualité des soins sera évaluée. Le rôle propre contribue largement à la qualité des soins, et sa traçabilité garantie que l'infirmière a bien pris en compte le patient dans sa globalité, et n'a pas simplement exécuté une prescription médicale. En effet, dans le cadre de son rôle propre, l'infirmière doit évaluer les besoins du patient et organiser les soins en regard. Dans le cas où elle n'en prend pas l'initiative et qu'un dommage est constaté chez le patient, elle devra en répondre et sa responsabilité sera engagée. Il est donc primordial que le rôle propre apparaisse dans le dossier de soins, afin de justifier légalement d'une prise en charge du patient de qualité.

D'autre part, les outils mis à la disposition de l'infirmière ne prêtent pas à l'écriture narrative des soins du rôle propre. En effet, ils sont souvent réduits aux soins d'hygiène et de confort dans les diagrammes de soins et une croix suffit pour en assurer la traçabilité. Ainsi, le soin est bien tracé mais peu de transmissions expriment le contexte dans lequel il a été effectué. L'infirmière écrit les actes de soins plutôt que l'activité soignante.

Cette réticence à l'écriture peut également s'expliquer par le ressenti de l'infirmière que ses écrits ne sont pas lus, utilisés, en somme ne sont pas valorisés. Dès lors, les transmissions qu'elle peut rédiger dans le dossier de soin semblent dénuées de sens. Cette idée peut être expliquée par un exemple simple. L'infirmière qui soigne un patient tabagique pour un cancer pulmonaire a un objectif parmi d'autres, celui qu'il abandonne la cigarette. Elle peut lui expliquer les risques, lui donner des motivations et ne pas comprendre pourquoi le patient continue de fumer. L'explication est telle que pour le patient, ces recommandations ne sont pas porteuses de sens, il ne voit ainsi que peu d'intérêt à les appliquer. On peut facilement voir à travers cet exemple l'importance du sens dans l'accomplissement de certains actes. L'infirmière n'apportant aucun sens à effectuer des transmissions sur les actes relevant du rôle propre ne les effectuera pas.

Les écrits infirmiers ont donc plusieurs objectifs: justifier une prise en charge de qualité dans un contexte médico-légal, aider la prise en charge du patient par les autres professionnels dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire et continue, et valoriser la dimension humaine et relationnelle du métier infirmier. De plus, ils permettent de comprendre le vécu du patient, et de mettre en valeur la capacité de réflexion de l'infirmière puisqu'ils s'éloignent des écrits standardisés du rôle prescrit et donnent un sens aux soins prodigués.

L'infirmière a ainsi un rôle d'écriture double : un relevant du rôle prescrit à caractère obligatoire, permettant une traçabilité et une visibilité des actes effectués, et un relevant de sa propre initiative, recommandée mais peu mise en pratique, renvoyant à la capacité de réflexion de l'infirmière.

Cependant, le rôle propre, relevant d'un savoir-être, étant peu observable et mesurable, ne bénéficie pas de la même reconnaissance que les habiletés techniques et scientifiques de l'infirmière. De plus, c'est l'infirmière elle-même qui doit valoriser son rôle propre pour espérer davantage de reconnaissance de son métier. Cette perspective semble difficile dans la mesure où le soin infirmier, composé de multitudes de «petites choses» a peu de place dans les représentations que l'infirmière a de son métier, mettant souvent l'accent sur les soins techniques pour le définir. Ce manque de valorisation du rôle propre par l'infirmière se révèle par le fait que les actes relevant du rôle propre ne bénéficient que de très peu de place dans les dossiers de soins infirmiers. Ainsi, la qualité des soins effectués par l'équipe soignante n'est pas traduite dans les dossiers de soins infirmiers. Les transmissions ne sont pas personnalisées et sont identiques d'un patient à un autre ou d'une pathologie à une autre.

Mon enquête a ainsi pour but de questionner le manque de traçabilité du rôle propre dans les dossiers de soins, et de comprendre le sens que les infirmières accordent à leur rôle propre.

« La transmission n'est pas qu'écrite, et la parole, elle, n'est pas écrite. Les écrits restent, les paroles s'envolent »<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> COURCOUX-RIQUELME, Anne. Les dessous du dossier de soins. Recherche en soins infirmiers, Juin 1988, n°13, page 63

### 3. Retour d'enquête

#### 3.1 Les entretiens

À la suite de la rédaction de mon cadre conceptuel, j'ai pu initier mon enquête auprès de différents professionnels. Afin de réaliser une enquête en explorant l'ensemble des domaines que je souhaitais aborder, j'ai choisi d'élaborer un guide d'entretien et de m'entretenir avec six infirmières de cinq services hospitaliers différents. Je n'ai pas émis de critères particuliers quant au profil des infirmières, j'ai exposé mon sujet de mémoire à chaque cadre de santé afin d'obtenir des rendez-vous avec des infirmières volontaires. J'ai pu enregistrer chaque entretien avec leur accord, afin de pouvoir les retranscrire mot à mot et rester fidèle à leur point de vue (retranscription en Annexe I à VI).

J'ai ainsi pu interroger différentes infirmières des services d'hémo-oncologie (SHO), de soins de suite et de réadaptation (SSR), de pneumologie, de médecine interne (MI) et d'HGE, avec des infirmières de profils différents :

	<b>IDE 1</b>	<b>IDE 2</b>	<b>IDE 3</b>	<b>IDE 4</b>	<b>IDE 5</b>	<b>IDE 6</b>
<b>Service</b>	SHO	SSR1	SSR2	Pneumologie	Médecine interne	HGE
<b>Temps dans le service</b>	1 an	13 ans	6 mois	2,5 ans	4 mois	4 ans
<b>Années d'exercice</b>	8 ans	24 ans	3 ans	10 ans	19 ans	4 ans

Les entretiens se sont tous déroulés dans une pièce calme, dans de bonnes conditions. Seul un entretien, celui effectué en HGE a dû être réalisé rapidement, l'infirmière interrogée étant en poste avec un après-midi chargé en soins.

Lors de cette enquête, j'ai élaboré différents objectifs, le principal étant de valider les éléments trouvés dans la littérature composant mon cadre conceptuel, et de trouver des éléments complémentaires pour répondre à ma question de départ :

- Comprendre la représentation que les infirmières ont de leur rôle propre.
- Comprendre le sens que les infirmières donnent aux transmissions écrites.

J'ai ainsi pu élaborer la synthèse des différents entretiens pour chaque question posée:

- *Avez-vous choisi le service dans lequel vous travaillez? Si oui, sur quels critères? Pouvez-vous me donner un exemple concret?*

Cinq infirmières ont répondu que le service dans lequel elles travaillent est un choix. L'infirmière de SSR1 a commencé à y travailler à la suite d'une mutation, mais elle y travaille depuis treize ans et précise «je n'ai pas envie de changer».

Concernant les critères ayant amenés les infirmières à choisir le service dans lequel elles travaillent, plusieurs sont identifiés. Il ressort pour les infirmières de SHO, SSR1 et SSR2 la **population accueillie**, ainsi que le **type de prise en charge**: «des patients qu'on connaît, qui reviennent, qu'on suit, qu'on accompagne, généralement jusqu'au bout», «j'ai toujours été attirée par les personnes âgées», possibilité de «mettre des objectifs de soins en place, les réévaluer», «vraie prise en charge, on a plus de temps de prendre le temps».

De plus, les **soins pratiqués** dans le service, ainsi que **l'approfondissement des connaissances** sont un critère pour les infirmières de MI, pneumologie et HGE: «un service qui bouge beaucoup, on pratique beaucoup, c'est divers au niveau des pathologies, on apprend pas mal et je voulais me remettre dans les soins, dans la technique», «approfondir les connaissances sur les pathologies», «j'aimais bien la diversité des soins».

L'**équipe** est également évoquée par les infirmières de SHO et SSR: «c'est un service où on rit le plus», «le médecin est tout le temps là», «une équipe stable».

- *Quel est le déroulement d'une journée de travail dans le service?*

À cette question, cinq infirmières évoquent leurs **horaires de travail**.

Par la suite, l'ensemble des infirmières présente le **travail infirmier en collaboration** avec l'équipe pluri-professionnelle, notamment les transmissions effectuées oralement avec leurs collègues infirmiers et les médecins: «transmissions avec l'équipe de nuit», «transmissions avec le médecin», «transmissions pour l'équipe d'après-midi».

Les **soins techniques** sont cités par la totalité des infirmières interrogées: «prélèvements sanguins», «injections intraveineuses», «insulines», «anticoagulants», «antibiothérapie», «transfusion».

Les actes relevant du **rôle propre** infirmier sont également mentionnés pour la totalité des infirmières: «on prépare sa journée», «pansements», «distribution des médicaments», «prise des constantes», «transmissions écrites», «aide pour les repas», «fait les entrées».

- *Quelles actions effectuez-vous de votre propre initiative?*

Les infirmières de SHO, SSR1 et SSR2 évoquent les **actes relevant du rôle propre infirmier**: «surveillance des perfusions, surveillance du malade», «les effleurages», «soins de nursing», «réfection des pansements».

Les infirmières de SSR1, MI, pneumologie et HGE mentionnent la **prévalence du rôle prescrit**: «on est plus sur le rôle sur prescription que sur le rôle propre», «on suit les prescriptions en général».

Les infirmières de MI, pneumologie et HGE citent des **actes relevant du rôle sur prescription qu'elles sont amenées à effectuer sans attendre la prescription médicale** selon l'état du patient: «un patient par exemple qui est en globe urinaire on fait un sondage aller-retour sans demander forcément l'avis du médecin», «un patient qui a une douleur thoracique, d'emblée je lui fais un ECG».

Les infirmières de SSR1 et pneumologie présentent la **collaboration avec les aides-soignantes**: «les toilettes c'est délégation aux aides-soignantes», «on délègue beaucoup à l'aide-soignant».

L'infirmier de pneumologie **identifie certains actes du rôle propre comme étant des actes du rôle prescrit**: «théoriquement les tensions c'est un rôle sur prescription médicale», «on fait beaucoup sur prescription médicale, notamment des surveillances».

- *Quelles données transmettez-vous à l'écrit?*

La totalité des infirmières explique transmettre les **données et problèmes physiques**: «les problèmes physiques», «tout ce qui est constantes», «douleur beaucoup», «mobilité».

Les infirmières de SSR1, SSR2, MI et HGE transmettent les **examens et les résultats**: «rendez-vous», «un examen qui a eu lieu», «son hémoglobine», «une écho-endoscopie haute».

Les infirmières de SSR1, MI et HGE évoquent les **actes qu'elles effectuent**: «quand on pose une perfusion sous-cutanée», «au niveau des pansements je cible aussi pour voir l'évolution», «on note s'il va être ponctionné, combien de litres, son poids, avec combien on a compensé».

Les infirmières de SSR2 et pneumologie mentionnent **l'entourage**: «demande de la famille», «ça peut concerner la famille».

L'infirmière de SSR2 cite **le devenir du patient**: «sur le devenir», «si des aides doivent être mises en place» et l'infirmière de SHO évoque les **problèmes psychologiques**: «les problèmes psychologiques».

- *Pouvez-vous me donner le contenu de vos transmissions écrites d'hier ou d'aujourd'hui?*

La totalité des infirmières évoque **les données et problèmes physiques**: «nausées, vomissements», «douleur», «le comportement de la personne», «une hypertension aussi pas connue».

Les infirmières de SSR1, SSR2, MI, pneumologie et HGE mentionnent les **actes de soins** qu'elles effectuent: «les perfusions sous-cutanées», «où on l'a posé et qui l'a posé», «un pansement», «pourquoi on a changé la voie».

Les infirmières de SSR1 et pneumologie transmettent **le devenir du patient**: «une information par rapport à la sortie», «si elle sort par ses propres moyens», «si c'est une sortie par ambulance et à quelle heure».

Les infirmières de SSR1 et pneumologie citent **les examens et les résultats**: «un examen que la personne a eu», «le résultat», «un patient qui devait être à jeun pour un scanner».

L'infirmière de SHO présente **l'entourage du patient**: «j'ai noté l'agressivité de la famille».

- *D'après-vous, à quoi servent vos transmissions écrites?*

La totalité des infirmières évoque la **traçabilité des informations concernant le patient**: «tracer la surveillance du patient», «à avoir des informations importantes sur le patient», «à cibler les problèmes».

Les infirmières de SHO, pneumologie et HGE mentionnent la **dimension juridique**: «en cas de problèmes, si jamais le cas du patient pose souci [...] pouvoir retrouver ce qui correspond au problème», «ça sert aussi à se protéger».

Les infirmières de SHO et pneumologie citent l'intérêt dans **la prise en charge du patient par l'ensemble de l'équipe**: «laisser des informations pertinentes à mes collègues et au médecin», «ça sert aussi aux équipes», «quelqu'un qui revient de vacances et qui lit les transmissions écrites peut quand même bien cibler le patient».

L'infirmière de SSR1 évoque la **valorisation du travail**: «elles valorisent leur travail» et **l'évaluation des soins**: «pendant le séjour il a eu une escarre qui s'est constituée, donc pourquoi?».

Les infirmières de SSR1, SSR2, et pneumologie comparent les transmissions écrites aux **transmissions orales**: «si ça avait été écrit dans les transmissions ciblées on ne serait peut être pas passés à côté», «à force de répéter à plusieurs personnes il peut y avoir des loupés et le fait d'écrire, ça reste».

- *Qui lit vos transmissions?*

La totalité des infirmières cite les **infirmières**.

Les infirmières de SHO, SSR1, MI et pneumologie évoquent les **médecins**. Deux d'entre elles précisent «très peu [...] c'est plus les transmissions orales», «parfois, surtout s'il y a eu un souci, si le patient a été réanimé».

Les infirmières de SSR1, SSR2 et pneumologie mentionnent les **aides-soignants**. Elles précisent «pas beaucoup [...] c'est plus les transmissions orales», «j'ose espérer [...] mais je ne suis pas sûre», «ce n'est pas dans tous les cas».

Les infirmières de MI et pneumologie identifient le **cadre de santé**.

L'infirmière d'HGE précise: «quand je fais mes transmissions écrites je regarde ce qu'il y a marqué au dessus mais je regarde qu'au moment où moi je vais faire mes transmissions. [...] Normalement les transmissions orales doivent donner les mêmes informations que ce qu'il y a d'écrit».

- *Qu'attendez-vous des transmissions écrites de vos collègues?*

La totalité des infirmières évoque les **informations concernant le patient et son parcours**: «que je puisse reconnaître mon patient», «savoir un peu ce qu'il s'est passé pendant mon absence», «on voit les problèmes», ainsi que la **continuité des soins**: «que je puisse prendre en charge mon patient correctement», «que l'information importante soit tracée pour qu'on ai pas de raté, qu'on ai pas un retard de prise en charge pour un problème qui pourrait être traité rapidement et qui va gêner le patient», «les informations utiles à la prise en charge du patient».

Les infirmières de MI, pneumologie et HGE mentionnent la **notion d'efficacité**: «qu'elles soient claires, ciblées, qu'elles aillent droit au but», «que ce soit court et qu'il y ait les informations les plus importantes», «qu'il n'y ait que les informations utiles à la prise en charge du patient. S'il ne s'est rien passé, on ne va pas aller raconter des trucs».

L'infirmière de SSR2 présente **l'importance des détails** : «qu'il n'y ait pas d'informations de perdue», «même les petits détails, la famille qui dit que la patiente n'aime pas tel aliment [...] ça va permettre de lui servir des choses qu'elle aime».

- *Pouvez-vous me dire ce que vous avez fait des transmissions d'hier? Pouvez-vous me donner un exemple?*

L'ensemble des infirmières évoque **l'importance dans la prise en charge par d'autres professionnels**: «j'ai un pansement à faire. Je lis dans les transmissions [...] qu'il a été douloureux, que ça a été signalé mais qu'il n'y a rien qui a été fait. Quand il y a eu les transmissions avec le médecin [...] j'ai pu appuyer que ça avait été très pénible pour le patient», «je note pour que mes collègues sachent ce que j'ai mis en place comme actions pour être sûre qu'il n'y ait rien d'oublié comme ça elles voient que tout est fait».

Les infirmières de SHO et MI mentionnent la **possibilité de compléter** les transmissions de ses collègues: «s'il y a une action qui a été mise en place et que j'observe les résultats, je les complète», «si je fais une action de plus par rapport au problème je les complète».

- *À quel moment effectuez-vous vos transmissions écrites et combien de temps consacrez-vous?*

Les six infirmières effectuent leurs transmissions écrites en **fin de journée**: «avant que l'équipe arrive», «après le tour de midi, après la visite», «quand j'ai vu tous mes patients».

L'infirmière d'HGE précise: «pour éviter de rouvrir le dossier infirmier plusieurs fois on essaye de tout faire en même temps»

Les infirmières d'SHO et HGE expliquent pouvoir les **écrire puis les compléter**: «vers 9h30 et je les complète après», «le soir [...] on commence une partie [...] après je complète».

La totalité des infirmières donnent un temps pour effectuer les transmissions écrites variant de **dix à vingt minutes**.

Trois infirmières relatent que le temps de transmissions écrites varie **selon la charge de travail**: «avant on n'a pas le temps», «ça dépend de la charge de travail»

Trois infirmières expliquent que le temps de transmissions écrites varie **selon l'état des patients**: «je dirais bien quinze à vingt minutes quand on a pas mal de choses à cibler», «ça dépend des problèmes des patients. C'est très variable».

- *Quelle est la part du temps où vous échangez avec le médecin et sur quoi portent vos échanges?*

Quatre infirmières évoquent **plusieurs temps d'échanges** avec le médecin: «il y a les transmissions orales le matin», «dès qu'il y a un changement dans la prise en charge, un besoin particulier, une prescription à mettre en application».

Six infirmières mentionnent les **données centrées sur le patient**: «des problèmes», «sur l'état du patient», «si le patient évoque un problème qu'il n'a pas évoqué à nous».

Trois infirmières citent les **actions effectuées par le médecin**: «on parle des changements de prescription», «ce qu'il compte faire, est-ce qu'ils vont poursuivre les antibiotiques».

Trois infirmières identifient les **actions effectuées par l'infirmière**: «quand un pansement a été fait», «ce que nous on a fait le matin», «on transmet si on a fait des bilans».

Trois infirmières évoquent le **projet de soins du patient**: «on essaye de réajuster la prise en charge», «est-ce qu'il est réanimable, est-ce qu'il va entrer en soins palliatifs»

L'infirmière de MI ajoute: «c'est important les échanges entre le médecin, l'interne et l'infirmier. On n'est pas là que pour faire les soins, on est là pour comprendre le pourquoi du comment» et l'infirmière d'HGE précise: «Nous on leur fait des transmissions et eux pas forcément».

- *De votre formation, qu'est-ce qui vous sert le plus?*

Quatre infirmières évoquent la **démarche de soins et le rôle propre**: «la démarche de soins. Pourquoi le patient est là, les antécédents, le vécu, le devenir, les problèmes réels, potentiels, et toutes les actions prescrites, et ce que nous on peut mettre en place», «tous les liens qu'on apprend», «la prise en charge globale du patient», «les cibles. Apprendre les cibles et bien cibler», «autrement on peut tout noter», «plus t'es précis, et moins t'écris. On écrit moins mais pas dans le sens où on oublie des choses, c'est que c'est plus carré».

Trois infirmières mentionnent **l'importance de l'expérience, et de formation supplémentaire**: «j'ai fait une formation en droit juridique dans notre métier et c'est ça qui m'a le plus ouvert les yeux et j'ai réalisé à quel point c'est important», «c'est plus par l'expérience, les échanges [...] mais ce n'est pas que notre formation».

Une infirmière cite la **dimension juridique**: «la seule chose que j'ai retenue de ma formation c'est que ce qui n'est pas écrit n'est pas réalisé»

L'infirmière d'HGE: «quand je fais mes transmissions je ne réfléchis pas, c'est toujours les mêmes cibles qui reviennent et la même façon de faire», «je pense qu'on s'adapte à chaque service, chaque spécificité».

- *D'après-vous, que peut montrer ce travail?*

Quatre infirmières évoquent **un manque de transmissions ciblées**: «je trouve qu'on fait malheureusement pas assez de transmissions écrites, il y a des choses qui se perdent, on n'est pas assez précis».

Trois infirmières mentionnent l'importance des transmissions ciblées **dans la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient**: «l'importance dans la prise en charge, dans un travail d'équipe pluridisciplinaire où il y a plein d'acteurs qui interagissent et qui côtoient le patient. Que chacun a plein d'informations à apporter qui peuvent améliorer la prise en charge et la communication», «faut pas avoir loupé d'informations ou que le patient ait l'impression de se répéter et qu'on tarde à mettre des choses en place», «pour éviter les erreurs».

Deux infirmières citent l'importance des transmissions ciblées **pour gagner du temps**: «si les choses étaient plus ciblées, ça irait plus vite, on perdrait moins de temps», «qu'on doit être plus efficaces. Cibler vraiment ce qui est important».

Deux infirmières identifient l'importance des transmissions ciblées dans la **dimension juridique**: «si on n'écrit pas, malheureusement il y a le côté légal qui entre en jeu», «pour la personne qui ne le fait pas, il engage sa responsabilité».

- *Avez-vous quelque chose à rajouter?*

L'infirmière de SHO: «Toute la journée est ponctuée d'actions du rôle propre. La preuve c'est que moi je suis même plus capable de dire ce qui est de mon rôle ou pas. C'est des choses tellement automatiques», «on va plus se concentrer sur ce qui nous a vraiment posé problème que sur ce qui ne nous a pas posé problème. Et maintenant les diagrammes de soins nous simplifient pas mal la vie, surtout sur ce qui est surveillance, on n'a pas besoin de l'écrire tout le temps, on a juste à cocher».

L'infirmière de SSR2: «l'avenir c'est l'informatique, ça va permettre d'être plus efficace au niveau des transmissions, ce sera plus automatique».

L'infirmière de MI: «c'est peut-être différent en fonction des années de diplôme».

### **3.2 Observation des dossiers de soins**

À la suite des entretiens, j'ai demandé à chaque cadre de santé l'autorisation de photocopier un dossier de soins de patient présent dans le service depuis plus de 48h, en rendant anonyme chaque feuille, afin de réaliser une étude des informations transmises à l'écrit et de déterminer la place du rôle propre dans le dossier de soins pour chaque service.

J'ai ainsi pu élaborer la synthèse des données recueillies pour chaque dossier de soins, représentée dans les tableaux en Annexe VII.

La totalité des services dispose d'une feuille standardisée dédiée aux transmissions ciblées, sous la forme suivante: Cibles      Données      Actions      Résultats.

Lors de l'observation des dossiers de soins, j'ai pu remarquer que les services d'SHO, d'HGE et de MI étaient amenés à rédiger plus de trois cibles par jour, contre une pour les services de pneumologie et de SSR.

De plus, dans les services de MI et de pneumologie, plus de la moitié des cibles ont une action, contre la moitié en service de SSR et d'SHO, et moins de la moitié en HGE.

Enfin, plus de la moitié des cibles ont un résultat en SSR contre moins de la moitié dans les autres services.

Enfin, les cibles les plus récurrentes concernent l'élimination et l'hémodynamique en SHO, la thermie et l'hémodynamique en SSR, la ventilation en médecine interne, la ventilation et l'état général en pneumologie, et la douleur et la thermie en HGE.

Remarque: Dans le dossier d'HGE, vingt-trois cibles étaient ouvertes pour signaler qu'il n'y avait pas de problèmes («Cible: Risque de douleur; Données: Pas de douleur»), contre une en SHO et en SSR et aucune en pneumologie et médecine interne.

#### **4. Analyse**

À la suite de la rédaction de mon cadre conceptuel, des données que j'ai pu retirer de mes entretiens dans les différents services et des observations des dossiers de soins, je vais dans cette partie en faire l'analyse.

##### **Le rôle propre: imprécis et masqué par le rôle prescrit**

Lors de la description d'une journée de travail, toutes les infirmières abordent leur différents rôles, soit le rôle propre, prescrit et en collaboration. On peut alors imaginer qu'elles accordent la même importance à ces trois rôles, et qu'elles effectuent des actes pour chacun. Cependant, j'ai pu remarquer que toutes les infirmières n'ont pas une notion précise des actes qui entrent dans le cadre de leur rôle propre, et que le rôle prescrit est prévalent dans les représentations qu'elles ont de leur métier.

Dans un premier temps, les actes relevant du rôle propre ne sont pas clairs pour les infirmières.

En effet, j'ai pu constater que le rôle propre renvoie fréquemment aux soins d'hygiène et de confort, effectués en collaboration avec l'aide-soignant.

De plus, certains actes émanant du rôle propre de l'infirmière peuvent être qualifiés de rôle prescrit: «sur la propre initiative de toutes façons ce que peut faire l'infirmière c'est restreint parce que théoriquement les tensions c'est un rôle sur prescriptions médicale».

Enfin, lorsque j'aborde la notion de «propre initiative», la majorité des infirmières énonce des actes qu'elle est amenée à effectuer sans l'accord du médecin.

Cette idée est confirmée par l'infirmière de SHO: «toute la journée est ponctuée d'actions du rôle propre. La preuve c'est que moi je suis même plus capable de dire ce qui est de mon rôle ou pas. C'est des choses tellement automatiques».

D'autre part, l'infirmière considère effectuer d'avantage d'actes du rôle prescrit que d'actes du rôle propre.

En effet, plus de la moitié des infirmières souligne la prévalence du rôle prescrit dans son exercice, et dit «déléguer» les soins du rôle propre à l'aide-soignant.

Ainsi, les actes du rôle propre ne sont pas clairement définis par les infirmières. Ceux-ci peuvent être perçus comme étant les actes effectués en collaboration avec l'aide-soignant uniquement, ou alors certains sont qualifiés comme faisant partie des actes sur prescription.

De plus, le rôle prescrit étant dominant dans les représentations que les infirmières ont de leur profession, il semble difficile de pouvoir retrouver le rôle propre dans les dossiers de soins.

J'ai pu remarquer une nuance dans les entretiens de l'infirmière d'SHO de SSR2. En effet, lors de ma question sur les actes effectués de leur propre initiative, ces deux infirmières n'ont pas évoqué de prévalence du rôle prescrit, et m'ont effectivement énoncé des actes du rôle propre, comme les surveillances et la réfection des pansements.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les services de SSR et d'SHO accueillent des patients qui sont amenés à rester plus longtemps dans le service qu'en médecine interne,

HGE et pneumologie. C'est une prise en charge sur le long terme, évoquée par les deux infirmières: «qu'on puisse mettre des objectifs de soins en place, les réévaluer, qu'il y ait une vraie prise en charge. Ici, on a plus le temps de prendre le temps pour les patients», «des patients qu'on connaît, qui reviennent, qu'on suit, qu'on accompagne généralement jusqu'au bout».

Les critères de choix de service des infirmières de médecine interne, pneumologie et HGE se rapportent davantage aux soins effectués et aux connaissances à acquérir: «on pratique beaucoup, c'est divers au niveau des pathologies, on apprend pas mal», «pour approfondir les connaissances sur les pathologies», «j'aimais bien la diversité des soins».

On peut alors imaginer que le sens que les infirmières donnent à leur rôle propre est déterminant dans le choix du service dans lequel elles travaillent.

### **Données transmises dans le dossier de soins: l'identification des problèmes majoritaire**

Lors de mes entretiens et de l'observation des dossiers de soins, j'ai pu remarquer la prévalence de la traçabilité des actes du rôle prescrit, et les transmissions peu développées des actes du rôle propre.

Dans un premier temps, la grande majorité des éléments transmis dans le dossier de soins infirmiers concernent les problèmes et les données physiques du patient, ainsi que les actes qu'elles effectuent et les examens dont le patient a bénéficié. Ainsi, les besoins vitaux décrits par Virginia Henderson, tels que «respirer», «éliminer», «se mouvoir» apparaissent régulièrement dans les dossiers de soins, au détriment des autres besoins fondamentaux tels que «communiquer avec ses semblables», «s'occuper en vue de se réaliser». Les données objectives, telles que la tension artérielle, la température, apparaissent clairement, tandis que le vécu de l'hospitalisation, l'anxiété, le relationnel sont rarement décrits.

De plus, j'ai pu recenser dans les dossiers de soins des cibles ouvertes telles que «non observance» ou «anxiété». Cependant, peu d'actions étaient transmises en regard, ou étaient sommaire comme respectivement «a finalement accepté de prendre son traitement» ou «écoute».

Enfin, les infirmières écrivent peu de données subjectives, de leur propre ressenti ou des propos que le patient a pu tenir. La retranscription des échanges est sommaire et très peu

développée. La démarche réflexive de l'infirmière, ainsi que les actions qu'elle effectue pour résoudre un problème n'apparaissent pas. En revanche, elle est amenée à en discuter en équipe, lors de transmissions avec le médecin ou avec ses collègues infirmières.

Selon l'article R 4311-3 du code de la Santé Publique, dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier «identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue». Si l'identification des besoins apparaît dans les dossiers de soins, les actions et leur évaluation est très peu visible. Ainsi, le rôle propre infirmier n'apparaît pas en intégralité dans les dossiers de soins. L'infirmière l'effectue, les transmet oralement à l'ensemble de l'équipe, mais ne le retranscrit pas dans ses transmissions ciblées.

Là encore, j'ai pu noter une nuance entre les dossiers de soins de SHO et de SSR et ceux des autres services. Les données et problèmes physiques du patient sont là aussi majoritaires. Cependant, un nombre plus important de cibles concernant la psychologie du patient, et notamment son «moral» sont ouvertes. Egalement, les données concernant les actes effectués, permettant une meilleure compréhension de la prise en charge du patient sont plus souvent tracés dans les transmissions écrites que dans les autres services.

Ainsi, le sens que les infirmières accordent à leur rôle propre semble être un facteur des données qu'elles transmettront à l'écrit dans le dossier de soins infirmiers.

### **Intérêt des transmissions écrites: prévalence de la dimension juridique et de l'efficacité**

Deux intérêts des transmissions écrites apparaissent clairement dans les entretiens. Celui qui a été le plus cité est la dimension juridique en cas de litige. Egalement, la nécessité de ne pas perdre d'informations, en comparaison avec les transmissions orales, a été citée dans trois entretiens. L'utilité dans la prise en charge par les autres infirmières et le médecin a été citée deux fois, de même que la traçabilité des actes effectués et la traçabilité de l'identification des problèmes.

La valorisation du métier et l'évaluation des soins n'ont été cités que dans deux entretiens.

Le dossier de soins n'est ainsi pas prioritairement un moyen de mettre par écrit la démarche réflexive qu'elles entreprennent lors de l'identification des problèmes du patient, des actions qu'elles effectuent en regard et de l'évaluation des soins qui fait suite. Seule l'identification

des problèmes est citée. L'objectif premier du dossier de soins ne semble pas être la valorisation de leur pratique.

Dans ces conditions, il est compréhensible que les transmissions des actes du rôle prescrit soient prévalentes, dans la mesure où elles servent en premier lieu à «se protéger».

De plus, si l'ensemble des infirmières reconnaissent l'utilité des transmissions ciblées pour la continuité des soins, la notion de temps et de rapidité est mentionnée comme une attente pour la moitié des infirmières interrogées. Là encore, une nuance est observable. Les infirmières de médecine interne, de pneumologie et d'HGE évoquent la nécessité d'avoir des transmissions courtes, et efficaces, dans le sens où elles attendent d'identifier rapidement le patient et ses problèmes: «si le patient va bien, ça m'arrive de mettre mon nom, je signe et je mets un trait».

Les infirmières d'SHO et de SSR conçoivent les transmissions ciblées comme une référence pour obtenir des renseignements sur le patient et pouvoir le prendre en charge «correctement». Une infirmière de SSR souligne l'importance des «détails» pour une prise en charge optimale, et pour que le patient n'ai pas «l'impression de se répéter».

Enfin, selon elles la majorité de leurs écrits ne sont lus que par les infirmières, dans un but de continuité des soins. Ils ne sont lus par les médecins ou les cadres de santé que si un problème se pose, là encore la dimension juridique apparaît. Si quelques-unes identifient l'utilité des transmissions ciblées dans la prise en charge du patient par les autres infirmières et le médecin, aucune ne mentionne la lecture des transmissions par les autres professionnels, tels que les psychologues, diététiciens ou encore psychomotriciens. Le dossier de soins ne se révèle pas être un support dans la prise en charge pluri-professionnelle du patient.

Si le dossier de soins ne permet pas la valorisation de leur pratique, l'évaluation des soins, dans la retranscription de la démarche de soins, ainsi que la prise en charge du patient par les acteurs de santé autres qu'infirmiers et médecins, il est compréhensible que le rôle prescrit de l'infirmière y apparaisse en priorité. De plus, les transmissions ciblées devant selon elles être courtes et centrées sur les problèmes du patient, elles ne développeront pas l'ensemble des données qu'elles recueilleront.

L'utilité que les infirmières accordent aux transmissions écrites semble être un facteur déterminant des informations qu'elles vont transmettre.

### **Le temps: facteur favorisant des transmissions orales**

Par ailleurs, la charge de travail se révèle être un facteur influençant la rédaction des transmissions ciblées: «si on a le temps on va faire des choses jolies, bien complètes, sinon on va aller à l'essentiel». C'est également pour cette raison que les infirmières tendent à effectuer leurs transmissions écrites en fin de journée.

En revanche, plusieurs temps d'échanges à l'oral sont évoqués, notamment avec le médecin. Les informations transmises semblent être plus complètes et approfondies que lors des transmissions écrites. En effet, la moitié des infirmières évoque les données centrées sur le patient, les actions effectuées par le médecin, les actions effectuées par l'infirmière, et le projet de soins du patient comme sujet d'échanges.

Ainsi, le projet de soins du patient est discuté à l'oral, et son parcours de prise en charge discuté, mais ils ne sont pas transmis en intégralité dans le dossier de soins.

### **Axes d'amélioration**

La formation délivrée à l'institut de formation en soins infirmiers semble essentielle à l'acquisition des compétences nécessaires à la mise en route de la démarche de soins. Cependant, la moitié des infirmières souligne l'importance de l'expérience et de formations supplémentaires. Une infirmière évoque l'utilisation de l'informatique pour tendre vers des transmissions «plus automatiques».

## **Conclusion**

## Bibliographie

- BERNHEIM, Laure ; *CM n°33 – Les textes relatifs à l'exercice de la profession* ; cours magistral dispensé à l'IFSI de Versailles le 3 novembre 2011.
- CAMO, M.D ; HART, J ; et al. Recherche sur la capacité de la personne soignée à participer au recueil des données. *Recherche en soins infirmiers*, Septembre 1993, n°34, pages 32-41.
- CLAVAGNIER, Isabelle. Le recueil de données en pratique. *La revue de l'infirmière*, Mai 2008, n°140, pages 30-32.
- CLEMENT, Régine. La profession infirmière en 2006, évolution ou mutation ? *Soins*, Décembre 2006, n°711, page 89.
- COURCOUX-RIQUELME, Anne. Les dessous du dossier de soins. *Recherche en soins infirmiers*, Juin 1988, n°13, pages 54-63.
- DELMAS, Philippe ; CLOUTIER, Lyne ; et al. L'examen clinique est une histoire ancienne dans la pratique infirmière. *La revue de l'infirmière*, Janvier 2011, n°167, pages 31-33.
- DELON, Sylvie. Concept du rôle propre infirmier. *Papidoc.chic-cm.fr* [En ligne]. 1997. Disponible sur : <http://papidoc.chic-cm.fr/544rolepropinfirm.html>
- ETIENNE, Danièle. Le couple médecin-infirmière de 1900 à nos jours. *Soins*, Décembre 2006, n°711, pages 36-38.
- FRIARD, Dominique. Ecriture infirmière et qualité des soins. *Soins psychiatrie*, Novembre/Décembre 2003, n°13, pages 41-45.
- GIRAULT, Véronique ; BELLON, Rachel. Dates et figures marquantes de la profession infirmière. *Soins*, Novembre 2005, n°700, pages 26-35.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Maltraitance / Bientraitance dans les établissements de santé. *Has-sante.fr* [En ligne]. 2010. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/plaquette\\_maltraitance\\_v3.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/plaquette_maltraitance_v3.pdf)
- HESBEEN, Walter. *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson. 184 pages.
- LHEUREUX, F. Représentations professionnelles, satisfaction au travail et choix de carrière des personnels infirmiers : le rôle des valeurs d'autonomie. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 16(4), 312-325.
- MICHENAUD, épouse DAVIAUD M.F. Les transmissions écrites ciblées infirmières-aides soignants ; que peut nous apporter la gestion mentale. *Recherche en soins infirmiers*, Septembre 2000, n°62, pages 125-141.
- MÜLLER, Ronald ; RAË, Anne-Claire ; et al. Les notes infirmières : quelle contribution à la qualité du dossier de soins. *Recherche en soins infirmiers*, Juin 2002, n°69, pages 122-129.
- PSIUK, Thérèse ; Du raisonnement clinique à la pratique infirmière. *Soins*, Janvier/Février 2010, n°742, pages 1-20.
- RIPOCHE, Sébastien. Transmissions ciblées : entre les objectifs visés par ce modèle et la réalité des pratiques, où situer la démarche réflexive de l'infirmière ? *Recherche en soins infirmiers*, Septembre 2012, n°110, pages 113-120.
- UMBRIANO, Janine. Le recueil de données. *L'aide-soignante*, Avril 2012, n°136, pages 26-28.

## **Annexes**

Annexe I: Entretien infirmière n°1 [page 31 à 33]

Annexe II : Entretien infirmière n°2 [page 34 à 37]

Annexe III: Entretien infirmière n°3 [page 38 à 42]

Annexe IV: Entretien infirmière n°4 [page 43 à 46]

Annexe V: Entretien infirmière n°5 [page 47 à 52]

Annexe VI: Entretien infirmière n°6 [page 53 à 57]

Annexe VII: Analyse des dossiers de soins [page 58]

Annexe VII: Abréviations [page 59]

## ANNEXE I – Entretien infirmière I

**Fonction occupée:** Infirmière en hémato-oncologie (Infirmière 1)

**Année de diplôme:** 2005

**Années dans le service:** 1 an

- *Avez-vous choisi le service dans lequel vous travaillez? Si oui, sur quels critères? Pouvez-vous me donner un exemple concret?*

Oui, j'ai fait mon stage préprofessionnel en hémato-onco et depuis je suis restée en hémato-onco. C'est là où je me suis le plus plu. C'est plus simple, c'est des patients qu'on connaît, qui reviennent, qu'on suit, qu'on accompagne généralement jusqu'au bout. Ce qui m'a plu c'est aussi que c'est un service où on rit le plus. Donc du coup ça aide bien.

- *Quel est le déroulement d'une journée de travail dans le service?*

On est en huit heures. Donc le matin on arrive à 6h30, on fait les transmissions avec l'équipe de nuit. Ensuite on prépare le tour de 8h, enfin on prépare sa journée. On commence par un premier tour à 8h avec les bilans sang, les médicaments, tout ça. Ensuite à 9h on a les transmissions avec les médecins et puis ensuite c'est la journée classique. À 10h on fait un deuxième tour avec les pansements de KT, de PAC, et puis le dernier tour est à 12h. Et puis à partir de 13h15 c'est les transmissions pour l'équipe d'après-midi. Et l'après-midi c'est calqué sur le même modèle.

- *Quelles actions effectuez-vous de votre propre initiative?*

Du rôle propre, ça va être plus tout ce qui est surveillance. Surveillance des perfusions, surveillance du malade. Ça va être s'adapter aux situations, c'est-à-dire que s'il faut refaire un pansement, ben on va refaire le pansement. C'est plus situationnel, selon les moments.

- *Quelles données transmettez-vous à l'écrit?*

Alors bah tous les problèmes, voilà. Ça peut être tous les problèmes physiques, mais ça peut aussi être tous les problèmes psychologiques.

- *Pouvez-vous me donner le contenu de vos transmissions écrites d'hier ou d'aujourd'hui?*

En ce moment ce qui revient le plus c'est les nausées, vomissements. Aussi, j'avais un souci avec la famille d'une patiente. J'ai noté l'agressivité de la famille. Aussi la douleur. C'est essentiellement ça. En hémato-onco c'est soit les nausées, soit la douleur, soit l'anxiété, ou surveillance diurèse.

- *D'après-vous, à quoi servent vos transmissions écrites?*

Alors les transmissions écrites elles ont plusieurs rôles. Déjà c'est de tracer la surveillance du patient et de laisser des informations pertinentes à mes collègues et au médecin, qui vont les relire derrière. Et c'est aussi en cas de problèmes, si jamais le cas du patient pose souci, et se retrouve devant le tribunal, c'est pouvoir retrouver ce qui correspond au problème.

- *Qui lit vos transmissions?*

Mes collègues, les médecins, et puis c'est tout.

- *Qu'attendez-vous des transmissions écrites de vos collègues?*

Que je puisse prendre en charge mon patient correctement derrière en fait. Que je puisse reconnaître mon patient.

- *Pouvez-vous me dire ce que vous avez fait des transmissions d'hier? Pouvez-vous me donner un exemple?*

Je les ai lues. Après ça dépend, je peux les compléter. S'il y a une action qui a été mise en place et que j'observe des résultats, je les complète. Ou si je fais une action de plus par rapport au problème je les complète aussi. La dernière fois, la famille du patient posait problème donc c'est ma collègue du matin qui a fait la transmission de ce qu'elle a vu et de ce qu'elle a fait et moi, il se trouve que pendant qu'elle réglait le problème, j'ai fait une fiche d'évènement indésirable donc du coup j'ai complété en disant que j'avais fait une fiche d'évènement indésirable.

- *À quel moment effectuez-vous vos transmissions écrites et combien de temps consacrez-vous?*

Ça dépend. Parfois je les fais vers 9h30 et je les complète après à 13h. Ou alors je les fais en fin de journée. Le temps ça dépend, ça peut prendre cinq minutes comme ça peut prendre une demi-heure.

- *Quelle est la part du temps où vous échangez avec le médecin et sur quoi portent vos échanges?*

Il y a les transmissions orales le matin déjà. Et puis on essaye de se faire des petites transmissions entre l'interne en charge du secteur et nous au moment de la relève de l'après-midi. Ce n'est pas toujours évident parce que parfois la visite n'est pas finie mais on essaye. On parle des changements de prescription, des problèmes qui se sont posés depuis le matin et puis les actions qui sont mises en place par les médecins, quand un pansement a été fait, quand un patient entre en soins palliatifs, quand ils ont vu la famille.

- *De votre formation, qu'est-ce qui vous sert le plus?*

Sur les transmissions la seule chose que j'ai retenue de ma formation c'est que ce qui n'est pas écrit n'est pas réalisé. Mais ce n'est pas tellement ma formation à l'IFSI qui m'a sensibilisé à la transmission ciblée, j'ai fait une formation en droit juridique dans notre métier et c'est ça qui m'a le plus ouvert les yeux et j'ai réalisé à quel point c'est important.

- *Dans quel cadre avez-vous effectué cette formation?*

On avait eu un souci avec une infirmière de nuit et du coup l'hôpital avait demandé à ce qu'un avocat vienne nous faire une formation sur tout ce qui était juridiction dans notre cadre à nous en tant qu'infirmières. Ça a été très efficace. C'était ce qu'on a droit, pas droit, ce qui nous arriverait cas où.

- *D'après-vous, que peut montrer ce travail?*

L'importance des transmissions ciblées. Parce que je crois que malheureusement ce n'est pas partout et ça se perd.

- *Avez-vous quelque chose à rajouter?*

Après ça dépend aussi des hôpitaux. Il y a des hôpitaux où la transmission ciblée a un vrai rôle et prends une vraie importance et il y a d'autres services où la transmission sert uniquement à donner les problèmes du jour et encore quand on pense à tout noter parce que ce n'est pas évident de retracer vraiment toute la journée. Parce qu'au final toute la journée est ponctuée d'actions du rôle propre. La preuve c'est que moi je suis même plus capable de dire ce qui est de mon rôle ou pas. C'est des choses tellement automatiques qu'au bout d'un moment tout retranscrire c'est pas forcément évident, on n'a pas forcément le temps, donc c'est vrai que bien souvent on va plus se concentrer sur ce qui nous a vraiment posé problème que sur ce qui ne nous a pas posé problème. Et maintenant les diagrammes de soins nous simplifient pas mal la vie, surtout sur ce qui est surveillance, on n'a pas besoin de l'écrire tout le temps, on a juste à cocher.

Après moi je suis très axée sur le côté juridique. Transmission pour moi c'est une signature, une date, un horaire. Ça a vraiment pris un côté responsabilité, c'est là où se rends le plus compte de la responsabilité de l'infirmière et ce que ça nous engage, dans la forme et le fond.

## ANNEXE II – Entretien infirmière 2

**Fonction occupée:** Infirmière référente en Soins de Suite et de Réadaptation (Infirmière 2)

**Année de diplôme:** 1989

**Années dans le service:** 13 ans

- *Avez-vous choisi le service dans lequel vous travaillez? Si oui, sur quels critères? Pouvez-vous me donner un exemple concret?*

Alors moi je suis arrivée ici par mutation de province. En sachant que pendant mes études j'ai toujours été attirée par les personnes âgées donc ça ne m'a pas du tout dérangé d'arriver ici. On m'a proposé la gériatrie donc au départ je me suis dit «bah je vais en gériatrie et puis après je verrais» et ça va faire treize ans que je suis là. Et je n'ai pas envie de changer, et maintenant que j'ai un poste d'infirmière référente encore moins.

- *Quel est le déroulement d'une journée de travail dans le service?*

En tant qu'infirmière il y a les transmissions à 6h30 avec l'équipe de nuit, donc infirmières et aides-soignantes. Ensuite on voit avec les aides-soignantes les gens qui ont des rendez-vous pour privilégier ceux-là en premier pour les toilettes. Après il y a les prises de sang, la distribution des médicaments avec prise des constantes, les transmissions avec le médecin et ensuite tout ce qui est pansements, injections intraveineuses s'il y a etc. Actuellement, je dirais que malheureusement au niveau infirmier, nous n'avons pas le temps de faire des toilettes. Nous n'avons plus le temps. Quand je suis arrivée il y a treize ans, on avait plus de temps au niveau du rôle propre pour s'occuper des gens. Là on est vraiment occupées par les soins techniques qui sont beaucoup plus importants qu'il y a dix ans.

- *Quelles actions effectuez-vous de votre propre initiative?*

Les effleurages. Les toilettes c'est délégation aux aides-soignantes. Tout ce qui est soins de base c'est les aides-soignantes. Les constantes c'est nous, les aides-soignantes nous aident quand même. Tout ce qui est levé, tout ça c'est les aides-soignantes avec le kiné. Ca peut être nous mais c'est rare. Je dirais que malheureusement on est plus sur le rôle sur prescription que sur le rôle propre. Et j'insiste sur le malheureusement.

- *Quelles données transmettez-vous à l'écrit?*

À l'écrit, c'est tout ce qui est constantes, rendez-vous. Après on a ce qu'on appelle les transmissions ciblées où on note tout ce qui a pu se passer pendant notre poste du matin ou de l'après-midi. Après, quand on a une entrée c'est tout ce qui est recueil de données. Voilà en gros tout ce qu'on note sur le dossier.

- *Pouvez-vous me donner le contenu de vos transmissions écrites d'hier ou d'aujourd'hui?*

Moi je n'en fais pas trop. Mais le plus souvent ça va être sur le comportement de la personne, s'il y a eu des choses particulières. Si le médecin a donné une information par rapport à la sortie, ou sur un examen que la personne a eu la veille ou l'avant-veille, si on n'avait pas eu le résultat je note. On note aussi beaucoup les hypodermoclyses, les perfusions sous-cutanées sur 96h donc on note sur la feuille de transmission où on l'a posé et qui l'a posé.

- *D'après-vous, à quoi servent vos transmissions écrites?*

Ça permet une continuité des soins. Je le sais parce que je suis en train de former les aides-soignantes sur les transmissions ciblées. Comme je leur dit elles ont un rôle important au niveau des patients. Elles ont plein de choses à dire, malheureusement elles nous le disent à l'oral et beaucoup de choses se perdent. Donc je suis en train de les reformer, enfin de les former parce que beaucoup ont eu une formation il y a très longtemps donc ce n'était pas une chose obligatoire. Maintenant je leur dit que ça devient obligatoire et que c'est important de le faire. Parce qu'elles valorisent leur travail, elles ont plein de choses à dire. C'est vraiment elles qui sont au lit du patient donc c'est très important leurs transmissions.

Et puis à avoir des informations importantes sur le patient. Je vois par rapport à la prévention des escarres. Le patient, il rentre, il n'a pas d'escarre, et dans les transmissions on voit «état cutané, apparition d'une rougeur», ça veut dire que pendant le séjour il a eu une escarre qui s'est constituée, donc pourquoi? Donc tout ça c'est des informations très importantes. Mais tout ça fait partie de la continuité des soins.

- *Qui a demandé la formation aux transmissions pour les aides-soignantes?*

Alors c'est moi qui l'ai proposée en sachant que je leur en ai parlé au bilan d'évaluation avec le cadre et elles étaient heureuses de pouvoir en avoir une. Ça fait deux sessions que je fais et ça se passe bien. Elles aiment beaucoup et elles réapprennent à s'approprier cette feuille. Pour l'instant c'est positif, maintenant je verrais dans un mois, je ferais le point de ce que ça donne.

- *Qui lit vos transmissions?*

Mes collègues infirmières beaucoup. Les médecins très peu, et les aides-soignantes malheureusement pas beaucoup non plus, ce qui j'espère va changer. C'est beaucoup les infirmières entre elles en fait. Moi je sais qu'avant que je passe infirmière référente, quand j'étais du soir j'arrivais et la première chose que je faisais c'est lire. Je suis infirmière référente, le lundi matin, la première chose que je fais après avoir dit bonjour, je vais voir mes dossiers et je lis tout ce qu'il s'est passé le week-end. Avec le médecin et les aides-soignantes c'est plus des transmissions orales.

- *Qu'attendez-vous des transmissions écrites de vos collègues?*

Des renseignements. Par exemple moi qui suis pas là les week-ends ça me permet de savoir un peu ce qu'il s'est passé pendant mon absence. Et pareil si je pars une semaine je vois un petit peu les faits marquants pendant cette semaine là. S'il y a eu des résultats particuliers, des choses, c'est là que je vais aller voir.

- *Pouvez-vous me dire ce que vous avez fait des transmissions d'hier? Pouvez-vous me donner un exemple?*

Si c'est des transmissions orales, par exemple des collègues de nuit, moi forcément je vais les retranscrire pour les retransmettre soit au médecin soit à ma collègue de l'après-midi. Après, ça me permet, voilà toujours pareil dans la continuité des soins.

- *À quel moment effectuez-vous vos transmissions écrites et combien de temps consacrez-vous?*

Souvent juste après les transmissions orales le matin parce qu'avant on n'a pas le temps. Quand c'est du soir on trouve toujours un petit moment. C'est vrai qu'on devrait les faire en temps réels, c'est-à-dire au moment où les faits se passent. Mais c'est pareil on n'a pas forcément le temps. Donc souvent on se prend les classeurs et puis on fait les transmissions. Ça dure dix minutes, un quart d'heure.

- *Quelle est la part du temps où vous échangez avec le médecin et sur quoi portent vos échanges?*

Ça dépend des infirmières, ça dépend de l'état des patients. Je dirais entre un quart d'heure et une demi-heure. C'est sur l'état du patient, sur les questions qu'on peut se poser par rapport au patient, et sur ce qu'il s'est passé la nuit parce qu'en général le médecin était là la veille donc il sait ce qu'il s'est passé pendant la soirée et dans la nuit.

- *De votre formation, qu'est-ce qui vous sert le plus?*

Ça fait loin. Ma formation d'une elle est loin. Je dirais plus que c'est au fil du temps, par rapport aux transmissions où j'ai acquis une certaine expérience, surtout avec mon expérience. Ma formation, oui il me reste des choses, mais c'est vrai que t'apprends tous les jours déjà, mais après les transmissions oui on en a parlé mais... C'est des échanges, c'est mon expérience qui fait que maintenant je maîtrise bien mes transmissions, je pense. C'est plus par l'expérience, les échanges, et puis ce qu'on peut apprendre, ce que je dis souvent les étudiants nous apportent des choses, mais ce n'est pas que notre formation.

- *Avez-vous eu des formations dans le service?*

Oui, ici en géronto on a été formés et puis là du coup moi je reforme moi-même avec validation d'un cadre supérieur je reforme les aides-soignantes sur les transmissions.

- *D'après-vous, que peut montrer ce travail?*

J'ai du mal à voir le rapport entre le rôle propre et les transmissions. En tant qu'infirmière, on a notre rôle propre c'est vrai, mais malheureusement on fait beaucoup de choses sur prescription. Après c'est important, je trouve qu'on fait malheureusement pas assez de transmissions écrites, il y a des choses qui se perdent, on n'est pas assez précis. La dernière fois on a eu un souci avec une dame et les transmissions n'étaient pas assez précises. Faut le dire aussi les gens sont de plus en plus demandeurs, de plus en plus exigeants, et si on n'écrit pas, malheureusement il y a le côté légal qui entre en jeu. Après ça fait peur aussi, quand je dis aux aides soignantes «légalement», le légal, ça fait peur. Ça veut dire que tu es responsable de ce que t'écrit. Elles répondent «bah ça y est je vais arrêter d'écrire», bah non justement faut pas. On fait ce qu'on fait, mais c'est vrai qu'on est aussi responsable de ce qu'on écrit et ça, ça leur fait peur. Les aides-soignantes savent qu'il y a les infirmières, donc elles se sentent protégées. Mais maintenant que je leur dit qu'il faut écrire, et ce que vous écrivez c'est vous, ce n'est pas nous, ça leur fait peur.

- *Avez-vous quelque chose à rajouter?*

Non.

### *ANNEXE III – Entretien infirmière 3*

**Fonction occupée:** Infirmière en Soins de Suite et de Réadaptation (Infirmière 3)

**Année de diplôme:** 2010

**Années dans le service:** 6 mois

- *Avez-vous choisi le service dans lequel vous travaillez? Si oui, sur quels critères? Pouvez-vous me donner un exemple concret?*

Avant j'étais en Unité de Soins de Longue Durée, qui est ensuite devenu un EHPAD. Et je voulais rester dans la prise en charge de la personne âgée. Mon projet professionnel c'était de travailler avec la personne âgée. Le changement long séjour – EHPAD là où je travaillais avant ça a été dur pour l'équipe, réduction de personnel et toujours le même nombre de patients et des patients toujours lourds, donc c'est pour ça que j'ai souhaité partir, j'étais en burn-out complet, avec une équipe en souffrance. Donc j'ai choisi le SSR pour le côté polypathologique, des soins variés, pas comme en EHPAD, là le médecin est tout le temps là. Je voulais un service avec une équipe stable, qu'on puisse mettre des objectifs de soins en place, les réévaluer, qu'il y ait une vraie prise en charge. Ici, on a plus le temps de prendre le temps pour les patients en fait. Un changement justifié que je ne regrette pas.

- *Quel est le déroulement d'une journée de travail dans le service?*

Ça dépend. On commence à 6h30 jusqu'à 14h15 et l'après-midi 13h05 jusqu'à 21h et à 20h45 l'infirmière de nuit arrive. Donc il y a trois roulements. À 6h30 on prend les transmissions avec l'équipe de nuit jusqu'à à peu près 6h45. Ensuite on a les prélèvements sanguins, aussi les traitements à prendre à 7h. On prépare les soins pour 8h, on s'organise. À partir de 8h c'est le petit-déjeuner donc on suit la personne à la restauration et aussi l'aide-soignante. On prend aussi les tensions, températures, les constantes, les insulines, administration des traitements jusqu'à peu près 9h30. Entre 9h30 et 10h y a le médecin qui arrive, on fait les transmissions avec le médecin. En général ça dure une demi-heure, on fait le point avec lui. Et puis ensuite on s'organise pour faire les différents pansements qu'on peut avoir. L'après-midi, les transmissions commencent vers 13h40 jusqu'à 14h15 entre l'équipe du matin et celle d'après-midi. Ensuite on prépare notre tour de 15h, en général tout ce qui est anticoagulants, les gens qui sont sous antibiothérapie, les changements de pochons de perfusion, les tensions de l'après-midi.

Ensuite on met à jour les bilans sang dans l'agenda pour le lendemain, sur la planification, on prend les rendez-vous, on commande les ambulances. Et puis après à partir de 17h30 on administre les traitements du soir, ça prends à peu près trois quart d'heure. Si on a le temps on aide pour les repas. Ensuite on a le tour de 20h avec les hypnotiques, les traitements anxiolytiques pour dormir la nuit, on a les perfusions sous-cutanées, on a pas mal d'hydratation la nuit. Et puis à 20h45 on fait les transmissions avec l'équipe de nuit. En gros la journée type c'est ça, après ça dépend si on a eu des entrées, des sorties, des ECG, des soins ponctuels.

- *Quelles actions effectuez-vous de votre propre initiative?*

Les constantes. Il y en a certaines qui sont prescrites, on essaye de prendre tout le monde le matin. C'est vrai que l'après-midi on va seulement faire celles qui sont prescrites. Quand il y a des entrées, on nous demande quasiment tout le temps de faire une bandelette urinaire donc on prend l'initiative de faire une bandelette urinaire et d'envoyer l'ECBU dans la foulée. Les ECG quand y a une anomalie au niveau de la tension, température aussi quand il y a un changement dans l'état de la personne. Bladder scan quand on voit que la personne est un peu confuse et si elle n'a pas urinée de la nuit. Les hémocultures selon les protocoles. Après ce qui est du rôle propre, soins de nursing, les choses comme ça. La réfection des pansements, souvent plus que le protocole. Voilà.

- *Quelles données transmettez-vous à l'écrit?*

Les événements importants, tout ce qui est douleur beaucoup. C'est un tas de choses. Ce qui est interpellant, les problèmes du jour. Ça peut être au niveau de la mobilité, en cas de chute, un examen qui a eu lieu, quand on pose une perfusion sous cutanée, on utilise des cathéters 96h donc on note la date, l'heure, le lieu de positionnement. Ça peut être une demande de la famille, un problème de la famille ou du patient. Tout ce qui a nécessité un changement de prescription, une demande du médecin qu'on a mise en place. Tout ce qu'on transmet à l'infirmière du roulement suivant en fait. Tout ce qui nécessite que l'information ne soit pas perdue. Sur le devenir aussi, voir avec l'assistante sociale si ça évolue, si des aides doivent être mises en place. Dans l'idéal voilà.

- *Pouvez-vous me donner le contenu de vos transmissions écrites d'hier ou d'aujourd'hui?*

Hier, j'ai transmis l'évolution des pansements, on a une feuille à part, la fiche pansement. J'ai fait une cible sur la douleur justement au cours d'un pansement, orale pour que ma collègue sache que le patient a été douloureux et écrite. Parce que le pansement on le fait pas tous les

jours, si le médecin ne prescrit pas d'antalgiques aujourd'hui, que demain on ne refait pas le pansement, le même problème va se répéter. Ma collègue va faire le pansement, il va avoir mal, et on va se rendre compte que la fois d'avant aussi il avait eu mal donc faut faire quelque chose. Après j'avoue ne pas avoir beaucoup écrit. Ça dépend des jours, de la charge de travail.

- *D'après-vous, à quoi servent vos transmissions écrites?*

Très souvent elles sont en deuxième plan après les transmissions orales mais on s'est rendu compte qu'il y avait beaucoup de perte d'informations.

L'information est perdue et on se retrouve avec des loupés ou des choses qu'on apprend tard alors que le fait d'avoir les transmissions écrites le matin quand on prends son service on a toutes les informations, on peut s'y référer donc c'est capital. Alors qu'avec les informations orales si on n'est pas là pendant deux jours on sait qu'il y a un pourcentage d'informations dont on ne va pas avoir connaissance. Ne serait-ce qu'une information sur le devenir, ou une douleur. Là je pense à une patiente qui de nuit a demandé le bassin trois fois en une heure. Ça aurait peut être dû nous alerter, sur le fait qu'elle avait peut être une infection urinaire, et du coup on n'a pas eu l'information donc on n'a pas pensé à faire une bandelette urinaire. Alors que si ça avait été écrit dans les transmissions ciblées, on serait peut être pas passés à côté. L'épisode s'est répété, donc là on s'en est occupé, la deuxième fois. Parce qu'en fait ça n'avait pas été transmis le matin parmi le flux d'informations.

- *Qui lit vos transmissions?*

Sûre mes collègues infirmières, après j'ose espérer les aides-soignants mais je ne suis pas sûre.

- *Qu'attendez-vous des transmissions écrites de vos collègues?*

Justement que l'information importante soit tracée pour pas qu'on ai de raté, qu'on n'ai pas un retard de prise en charge pour un problème qui pourrait être traité rapidement et qui va gêner le patient, qui va faire que le patient est pas bien. Comme là les brûlures mictionnelles, la patiente n'était pas vraiment capable de le dire mais le problème était là et du coup c'était une gêne pour elle, la douleur, alors qu'on aurait peut être pu avoir une prise en charge rapide. Ça permet qu'il y ait pas d'informations de perdues. Parce que la nuit c'est calme, les gens dorment donc forcément elles connaissent moins les patients que nous, donc elles ne peuvent pas retenir le flux d'informations, donc c'est mieux de l'écrire.

Pour pas perdre des informations. Même les petits détails, la famille qui dit que la patiente n'aime pas tel aliment, des trucs bêtes mais si la personne n'est plus capable de le dire ça va permettre de lui servir des choses qu'elle aime.

- *Pouvez-vous me dire ce que vous avez fait des transmissions d'hier? Pouvez-vous me donner un exemple?*

Justement, j'ai un pansement à faire. Je lis dans les transmissions que ma collègue l'a fait avant-hier, qu'il a été extrêmement douloureux, que ça a été signalé mais qu'il n'y a rien qui a été fait. Quand il y a eu les transmissions avec le médecin, on a révoqué le problème et j'ai pu appuyer que ça avait été très pénible pour le patient et que ma collègue avait écrit qu'il y a deux jours c'était pareil et qu'il faut absolument mettre quelque chose en place. Ma collègue a eu le même problème pour le pansement, ce n'est pas une douleur ponctuelle, il y a deux jours aussi.

- *À quel moment effectuez-vous vos transmissions écrites et combien de temps consacrez-vous?*

En général on essaye de la faire après la dispensation des médicaments vers 12h30. On essaye de tracer le plus possible de choses dans le logiciel qu'on utilise. Par exemple les bilans sanguins on les trace sur le logiciel informatique, on ne va plus cocher dans le diagramme de soins papier, les tensions c'est pareil, et l'évaluation de la douleur. Comme ça la collègue a un visuel l'après-midi sur ce qui a été fait le matin, pas besoin de lire les vingt dossiers. Les constantes, tout est tracé sur pharma, ça nous permet d'avoir une prise en charge plus pointue et de ne pas passer à côté de choses. On se déplace avec l'ordinateur donc toutes ces informations-là on les transmet juste après les actes. Par contre tout ce qui est transmissions ciblées où il faut un peu plus développer, ce qu'on a constaté, ce qu'on a mis en place, on le fait en général après. C'est aléatoire selon la charge de travail, je dirais un quart d'heure en moyenne. La qualité des transmissions dépend aussi du temps qu'on a pour les faire, si on a couru tout la matinée. On se dit on les fait à 12h30 et si on n'a pas le temps c'est après les transmissions, on reste un peu, du coup ça déborde. Si on a le temps on va faire des choses jolies, bien complètes, sinon on va aller à l'essentiel.

- *Quelle est la part du temps où vous échangez avec le médecin et sur quoi portent vos échanges?*

On a un temps d'une demi-heure et puis une fois qu'on a fait les transmissions, dès qu'il y a un changement dans la prise en charge, un besoin particulier, une prescription à mettre en application, il vient nous voir au fur et à mesure. Une heure en gros en tout. Les échanges sont surtout au niveau des changements de prescriptions, ou sinon au moment du tour si le patient évoque un problème qu'il n'a pas évoqué à nous. On essaye de réajuster la prise en charge en discutant un peu en équipe au fur et à mesure.

- *De votre formation, qu'est-ce qui vous sert le plus?*

Je ne sais pas. C'est global. Ce qu'on a appris pendant trois ans sur la démarche de soins. Tout le cheminement qui se fait au quotidien en fait pour la prise en charge des problèmes. Les problèmes, les actions. Toute la gymnastique qu'on a apprise pendant trois ans et qu'on développe sur place. Pourquoi le patient est là, les antécédents, le vécu, le devenir, les problèmes réels, potentiels, et toutes les actions prescrites, et ce que nous on peut mettre en place, et toutes les ressources qu'il y a dans le service. Toute la gymnastique qu'on apprend petit à petit sur les trois années et qui font notre profession. Tous les liens qu'on apprend. Dénutrition donc risque d'escarre, altération de la mobilité, matelas électrique, tout ce qu'on peut faire du rôle propre et qu'après on peut transmettre au médecin, et ce que nous on peut faire en amont avant de prévenir le médecin.

- *D'après-vous, que peut montrer ce travail?*

Qu'on n'écrit pas assez. L'importance dans la prise en charge, dans un travail d'équipe pluridisciplinaire où il y a plein d'acteurs qui interagissent et qui côtoient le patient. Que chacun a plein d'informations à apporter qui peuvent améliorer la prise en charge et la communication. C'est indissociable des transmissions orales, c'est couplé mais comme on est très nombreux et qu'on ne croise pas tout le monde tous les jours faut pas avoir loupé d'informations ou que le patient ait l'impression de se répéter et qu'on tarde à mettre des choses en place. C'est indispensable quoi.

- *Avez-vous quelque chose à rajouter?*

Je pense que l'avenir c'est l'informatique, ça va permettre d'être plus efficace au niveau des transmissions, ce sera plus automatique.

## ANNEXE IV – Entretien infirmière 4

**Fonction occupée:** Infirmière en médecine interne

**Année de diplôme:** 1994

**Années dans le service:** 4 mois

- *Avez-vous choisi le service dans lequel vous travaillez? Si oui, sur quels critères? Pouvez-vous me donner un exemple concret?*

Oui. J'étais de nuit avant. Je voulais la médecine parce que je sais que c'est un service qui bouge beaucoup, on pratique beaucoup, c'est divers au niveau des pathologies, on apprend pas mal, et je voulais un petit peu me remettre dans les soins, dans la technique.

- *Quel est le déroulement d'une journée de travail dans le service?*

On débute à 6h30. On prend les transmissions, on a chacune un secteur, le service est divisé en trois secteurs. On fait notre planification sur pharma, c'est un logiciel informatique, surtout tout ce qui est injectable. Après, on prépare les médicaments si ça n'a pas été fait la veille, pour le matin et le midi. On commence le tour: pouls, tension, température, prise de sang, on donne les traitements. Le tour se termine entre 9h et 9h30. On fait nos transmissions au médecin du secteur et après, on fait tous les soins de 10h. Ça peut être reposer une perfusion, les antibiotiques, des pansements, éventuellement des entrées, des transfusions, ça peut être pas mal de choses. À midi on fait le tour des médicaments. On regarde en même temps ce qui a été changé au niveau des prescriptions sur pharma, on réajuste, et après on fait les transmissions écrites, on réajuste la planification murale. L'équipe d'après-midi arrive vers 13h10 donc on commence les transmissions à 13h30.

- *Quelles actions effectuez-vous de votre propre initiative?*

De notre propre initiative? Un patient par exemple qui est en globe urinaire, je fais un sondage aller-retour sans demander forcément l'avis du médecin. Une perfusion qui diffuse, on repique. Un patient qui a une douleur thoracique, d'emblée je lui fais un ECG<sup>20</sup>, parce que je sais que le médecin va le demander donc autant prendre de l'avance. C'est tout ce qui est rôle sur prescription, gaz du sang, antibiotiques, tout ça c'est sur prescription surtout. Je ferais des hémocultures par exemple sans attendre le médecin. C'est à peu près tout.

---

<sup>20</sup> Electrocardiogramme

- *Quelles données transmettez-vous à l'écrit?*

Tout ce qui est transmission ciblée, on cible tous les problèmes. C'est-à-dire que par exemple, si le patient présente une altération de l'état général, je vais mettre «risque d'altération de l'état général» et après je vais écrire «patient très asthénique aujourd'hui, se sent fatigué, petite tension». Au niveau des pansements, je cible aussi pour voir l'évolution «pansement fait ce jour, en voie d'épidermisation», ou «bourgeonnant» ou «fibrineux», on donne l'état du pansement en fait. Si une perfusion diffuse, s'il a fallu mettre un pansement alcoolisé, il faut le cibler aussi. La fièvre, tous les petits problèmes qu'on peut rencontrer. Une hypertension par exemple chez un patient qui d'habitude n'est pas hypertendu. Un globe vésical ou un examen. S'il passe un examen, on le cible, ça on le fait aussi sur pharma mais parfois on le fait dans les transmissions écrites.

- *Que transmettez-vous sur pharma?*

Par exemple, s'il a eu un scanner ou un IRM. On coche hémoculture, on coche bilan sang, la tension qu'on a prise. C'est que les données en fait. On peut faire des transmissions ciblées sur pharma aussi. Je peux décrire comment j'ai fait le pansement, mais ce n'est pas encore systématique.

- *Pouvez-vous me donner le contenu de vos transmissions écrites d'hier ou d'aujourd'hui?*

Par exemple une dame qui est entrée pour décompensation cardiaque globale et qui était en acidocétose mais qui s'est améliorée, on surveillait par exemple encore les glycémies toutes les quatre heures. C'était une dame qui faisait des hypoglycémies, donc j'ai ciblé l'hypoglycémie, c'est un risque de déséquilibre de son diabète.

Et les actions, aussi, c'est-à-dire qu'elle a fait une hypoglycémie, elle a eu du G30, une demi-heure après elle a eu tant de dextro, je me souviens plus des chiffres, à surveiller. J'avais ciblé un pansement aussi, pour voir l'évolution, un pansement qui était encore bien fibrineux. Aussi pour une dame qui avait une escarre sous Mepitel mais le produit était pas bien adapté à ce pansement donc j'ai ciblé aussi. Je ne sais pas si ça a été revu. Le reste je me souviens plus.

- *D'après-vous, à quoi servent vos transmissions écrites?*

À cibler les problèmes. Et puis un dossier sans transmissions écrites, ça fait un peu bizarre. Déjà une transmission écrite sur le motif d'entrée du patient c'est bien, ça permet d'avoir une vue d'ensemble quand il arrive, voir les antécédents, connaître le patient. Je trouve que c'est important de le voir déjà par écrit. Et puis après uniquement les problèmes.

- *Qui lit vos transmissions?*

Les infirmières, à la relève. La surveillante. Parfois les internes. Surtout s'il y a un souci, si le patient a été réanimé. C'est important qu'il y ait des transmissions écrites pour ça.

- *Qu'attendez-vous des transmissions écrites de vos collègues?*

Qu'elles soient ciblées. Quand c'est ciblé, on ne perd pas de temps, on voit les problèmes. Qu'elles soient claires, ciblées, qu'elles aillent droit au but.

- *Pouvez-vous me dire ce que vous avez fait des transmissions d'hier? Pouvez-vous me donner un exemple?*

Par exemple l'hypoglycémie. Si je vois dans les transmissions écrites une cible d'hypoglycémie, déjà à l'oral on va me dire «elle a fait une hypoglycémie à environ 0.50, elle a eu une ampoule de G30, je n'ai pas eu le temps de contrôler sa glycémie» donc moi je vais contrôler, je vais recibler «surveillance hypoglycémie, a remonté sa glycémie». Un patient qui va être transfusé par exemple, on cible l'anémie, «patient va être transfusé, demande des culots faxée, réception des culots à telle heure, début de la transfusion à telle heure». Et si j'arrive dans l'après-midi je vais compléter ce qui a été mis avant.

Chacun fait comme il veut, moi j'aime bien lire les transmissions écrites. C'est vrai qu'à l'oral on peut oublier de dire des choses.

- *À quel moment effectuez-vous vos transmissions écrites et combien de temps consacrez-vous?*

Quand je suis du matin, je vais essayer de les faire avant que l'équipe arrive, c'est-à-dire vers 12h45-13h, soit je les fais après les transmissions orales. Quand on a le temps, ça dépend de la charge de travail. L'après-midi je les fais vers 19h, avant le tour de 20h, et là c'est pareil ça dépend de la charge de travail, il y a souvent des après-midi où on ne finit pas à l'heure et souvent je fais des transmissions à 21h, après les transmissions orales. Ça varie.

On a à peu près onze patients en charge donc on voit tous les dossiers, je dirais bien quinze à vingt minutes quand on a pas mal de choses à cibler.

- *Quelle est la part du temps où vous échangez avec le médecin et sur quoi portent vos échanges?*

C'est assez rapide, en dix minutes on a fait les transmissions. Et il nous refait des transmissions à la fin de la visite. On parle, par exemple, pour un patient qui va pas bien de son état clinique, ce qu'il compte faire, est-ce qu'ils vont poursuivre les antibiotiques, est-ce qu'il est réanimable, est-ce qu'il va entrer en soins palliatifs.

Il nous renseigne pas mal sur pourquoi il passe tel examen, il y a la logique des soins. On fait ça et on sait pourquoi on le fait. Un patient qui est infecté il va nous dire: «tu vois il a tel germe, tel antibiotique, il est en isolement, etc.». C'est important les échanges entre le médecin, l'interne et l'infirmier. On n'est pas là que pour faire les soins, on est là pour comprendre le pourquoi du comment.

- *De votre formation, qu'est-ce qui vous sert le plus?*

Je n'ai pas eu la même que vous, ça a beaucoup changé. La prise en charge globale du patient, le motif d'entrée, les antécédents, les allergies, tout ça reste, à force de faire des démarches de soins sur les patients. On avait six à huit patients à charge avec des planifications à faire. Et puis on était évalués sur les soins aussi. J'aurais préféré deux ans mais bon. Parce que bon la première année c'est que des soins de nursing, des trucs comme ça. Les pathologies aussi, les définitions tout ça, c'est important. Après les travaux pratiques, mais bon après sur place c'est différent, les patients ce ne sont pas des mannequins.

- *D'après-vous, que peut montrer ce travail?*

C'est toujours un plus dans la prise en charge des patients. Et puis pour éviter les erreurs. C'est vrai qu'il y a des oublis, que ce soit oral ou écrit. Si les choses étaient plus ciblées ça irait plus vite, on perdrait moins de temps, ça c'est sûr. Par exemple si on oublie de cibler une fièvre. On fait tellement de choses en même temps, et puis c'est humain d'oublier. Les hémocultures ne vont pas être faites, ça va reporter la mise en route des antibiotiques. Ou par exemple un risque d'escarre qui n'est pas ciblé, la patiente peut rester deux ou trois jours, et l'escarre va très vite pour apparaître et se creuser. C'est vrai que ça c'est plus notre rôle propre, le risque d'escarre.

- *Avez-vous quelque chose à rajouter?*

Non je ne sais pas. C'est peut être différent en fonction des années de diplôme.

## ANNEXE V – Entretien infirmier 5

**Fonction occupée:** Infirmier en pneumologie

**Année de diplôme:** 2003

**Années dans le service:** 2,5 ans

- *Avez-vous choisi le service dans lequel vous travaillez? Si oui, sur quels critères? Pouvez-vous me donner un exemple concret?*

J'ai fait sept ans dans un autre service donc j'avais envie de changer. La pneumologie m'intéressait déjà à l'école. Je travaillais avant en HGE et on retrouve de la pneumologie dans d'autres services, parce que c'est beaucoup de pathologies chroniques. Et puis pour approfondir les connaissances sur les pathologies.

- *Quel est le déroulement d'une journée de travail dans le service?*

Les horaires du matin c'est 6h30-14h20. Quand on est de coupe c'est 7h30-15h20 et le soir c'est 13h10-21h.

Les journées se ressemblent dans le sens où le matin quand on arrive à 6h30 c'est les transmissions avec l'équipe de nuit. Ensuite on fait notre planification et on sort nos soins pour la journée. Premier tour, on essaye de commencer pour 7h30, c'est la prise des constantes, les prises de sang, on donne les traitements per-os. Avant, il y a aussi tout ce qui est collaboration avec l'aide-soignant pour les toilettes, pour savoir qui est à jeun, s'il y a des régimes particuliers pour les patients. Tout ça c'est les transmissions qui se font entre l'aide-soignant du service et l'infirmier. Avant 7h30 c'est bien de le faire, juste après les transmissions avec l'équipe de nuit. On continue notre tour, toujours les prises de sang, les constantes, les traitements per-os. Après, il y a les transmissions avec le médecin, généralement vers 9h30, une fois qu'ils ont fini leur staff. On leur dit ce qu'il s'est passé la nuit, ce que nous on a vu le jour. Et puis le tour de 10h, après c'est les soins, ça dépend comment ils sont planifiés, les traitements antibiotiques, anti-inflammatoires. Et y a les transmissions à partir de 13h30, la relève arrive à partir de 13h10. Jusqu'à 13h30 on relève l'équipe du matin au niveau des dossiers, savoir s'il y a des prises de sang à faire l'après-midi ou le lendemain, voir les nouvelles prescriptions, sur le plan médical les changements d'antibiotiques, voir s'il y a des nouvelles restrictions hydriques, enfin toutes les choses nouvelles pour le patient, les nouvelles prescriptions.

L'équipe d'après-midi arrive donc à 13h10, on commence à ranger les commandes. À 13h30, comme je disais tout à l'heure, on essaye de commencer les transmissions. Donc on prend les transmissions, on sort les soins, on essaye de les sortir pour toute la journée pour s'organiser. Ça se passe sensiblement pareil que le matin, si ce n'est que l'après-midi il y a plus d'entrées. Les entrées se font majoritairement l'après-midi. Et il y a une personne tous les jours qui commence à 7h30, on appelle ça la coupe, c'est spécifique à ce service. La coupe arrive à 7h30 et nous le matin quand on arrive à 6h30 on prend ses transmissions, on sort ses soins, et à 7h30 elle est prête pour travailler. Donc elle prend vraiment un secteur en charge. La coupe fait les entrées. Et ensuite à 20h45 ce sont les transmissions à l'équipe de nuit.

- *Quelles actions effectuez-vous de votre propre initiative?*

C'est le rôle propre. (Réfléchit). Propre initiative... Sur la propre initiative de toutes façons ce que peut faire l'infirmière c'est restreint parce que théoriquement les tensions c'est un rôle sur prescriptions médicale. Ce que nous on peut faire, c'est ce que je disais pour les transmissions, c'est qu'on voit surtout avec l'aide-soignant, enfin pour les toilettes, ce qu'elle fait, ce que nous on peut faire pour l'aider. Après tout ce qui est régime alimentaire c'est quelque chose qui est prescrit par le médecin donc si on lui dit de donner sans sucre ça vient pas forcément de nous. Ça peut venir de nous s'il y a des oublis, parce que ça peut arriver. On délègue beaucoup à l'aide-soignant. Théoriquement, c'est vrai que... Non, on délègue énormément aux aides-soignants. On fait beaucoup sur prescription médicale, notamment des surveillances.

- *Quelles données transmettez-vous à l'écrit ?*

Tout ce que nous on a vu le matin et qu'on a transmis au médecin et qui nous paraît important. Par exemple une personne hypertendue qui ne l'est pas habituellement, c'est quelque chose qui est à surveiller. Ça peut être une seule fois, et ça peut se renouveler aussi, c'est pour ça qu'on ne sait pas si c'est une seule fois ou si ça va être futur donc il faut déjà le mentionner au médecin aux transmissions de 9h30. Faut le noter par écrit aussi pour bien montrer qu'on l'a vu, que ça a été transmis, qu'il y a une surveillance à faire derrière. C'est un exemple. Il y a d'autres choses. Tout ce qui est pas habituel, ça peut être des améliorations aussi d'un patient qui est au fauteuil alors qu'on le mettait pas d'habitude parce qu'il était trop fatigué. Ça peut être ça aussi, mobilité. Ça peut concerner la famille aussi, si elle n'est pas contente par exemple. Faut penser aux transmissions aussi comme quelque chose pour protéger l'infirmier.

- *Pouvez-vous me donner le contenu de vos transmissions écrites d'hier ou d'aujourd'hui?*

La sortie d'une patiente. Dans le sens où quand une personne sort c'est intéressant de savoir si elle sort par ses propres moyens ou pas, si on a oublié de le transmettre par oral par exemple. Et de noter l'ambulance si c'est une sortie par ambulance et à quelle heure. Si la personne sort en ambulance à 15h, qu'il n'y a toujours pas d'ambulancier à 15h30, c'est bien de noter le nom de l'ambulance pour les rappeler. Une hypertension aussi pas connue chez une dame. Une hyperglycémie alors qu'il n'y en avait pas d'habitude. Une voie veineuse qui diffusait. Donc ça c'est important de noter aussi pourquoi on a changé la voie, si c'est parce que ça diffuse, parce que ça fait mal, si ça fait quatre jours. Donc là c'était parce que ça diffusait, ça fait partie de la surveillance infirmière, la voie veineuse périphérique. Une alimentation, un patient qui devait être à jeun pour un scanner. Une douleur aussi, un patient qui a mal. Donc «donné un antalgique à telle heure». C'est important de noter l'heure dans ce cas-là, pour savoir si c'est efficace ou pas, au bout de combien de temps c'est efficace. Si ce n'est pas efficace peut-être réévaluer, prendre un autre traitement, revoir avec le médecin. Et pareil toujours bien noter l'heure au cas où on ne le dit pas, toujours noter l'heure c'est important.

- *D'après-vous, à quoi servent vos transmissions écrites?*

La transmission écrite elle sert pour moi à montrer qu'on a bien vu un problème, qu'on a ciblé un problème, que ce problème est connu par le médecin parce qu'on en a parlé. Ça sert aussi à se protéger. Si quelqu'un refuse catégoriquement de prendre un traitement faut pas juste marquer zéro sur la feuille de température, faut dire pourquoi par exemple. Un patient qui refuse un traitement pour X raison, s'il ne veut pas le prendre, s'il refuse, faut qu'on note pourquoi. C'est aussi pour se protéger. Et puis ça sert aussi aux équipes. Les transmissions orales malheureusement à force de répéter à plusieurs personnes il peut y avoir des loupés et le fait d'écrire, ça reste et quelqu'un qui revient de vacances et qui lit les transmissions écrites peut quand même bien cibler le patient. C'est quand même des choses très importantes.

- *Qui lit vos transmissions?*

Les collègues, essentiellement les infirmiers. Certains aides-soignants le font, il y en a qui aiment bien lire, ce n'est pas dans tous les cas. Les infirmiers, je sais qu'on est pas mal à les lire quand on n'est pas là depuis longtemps, soit parce qu'on était en vacances, soit parce qu'on n'a pas été sur ce secteur-là pendant plusieurs jours. Les médecins et les cadres aussi peuvent les lire.

- *Qu'attendez-vous des transmissions écrites de vos collègues?*

Ce que j'attends c'est que je puisse connaître le patient sans l'avoir vu. Enfin, pas le connaître, mais comme mieux le cibler, quand je vais le voir je vais me dire ça y est ça me vient tout de suite, ça me réponds. Mieux connaître le patient si j'ai eu des transmissions un peu rapides, si j'ai eu des transmissions de quelqu'un qui ne connaissait pas trop le patient. Je lis un petit peu et c'est vrai qu'on peut bien cibler le patient, assez rapidement. Mais c'est quand même complémentaire des transmissions orales. Faut avoir les deux, en complément de l'oral.

- *Pouvez-vous me dire ce que vous avez fait des transmissions d'hier? Pouvez-vous me donner un exemple?*

Je les utilise pour connaître le patient, pour mieux le connaître. Mais comme ça non je n'ai pas d'exemple.

- *À quel moment effectuez-vous vos transmissions écrites et combien de temps consacrez-vous?*

Le matin on les fait après le tour de midi, après la visite. On essaye de commencer les transmissions écrites vers 12h30 à peu près. 12h30 c'est l'idéal. Et le soir, 19h. Ça dépend des problèmes des patients. C'est très variable. Ça peut aller du simple au double, c'est très variable. Les patients qui seront stables, proches de la sortie, il y aura moins de problèmes qu'une personne qui vient d'arriver par exemple de réanimation. Donc ça dépend de l'état des patients qu'on a à charge. Ça peut vraiment varier. On peut passer deux minutes sur un dossier comme on peut en passer dix. Ça varie. Tout dépend des problèmes.

- *Quelle est la part du temps où vous échangez avec le médecin et sur quoi portent vos échanges?*

C'est pareil, ça peut être très variable. Des patients chez qui il y a des problèmes on peut rester très longtemps, on peut parfois rester un quart d'heure. On peut parfois rester quinze à vingt minutes à faire des transmissions orales au médecin, parfois ça ne peut prendre que cinq minutes. Parce qu'il y aura des patients qui vont sortir, parce qu'on aura des lits de libre, ça peut varier. Hier, dans mon secteur j'avais deux lits de vide, aujourd'hui c'était rempli donc y avait deux nouveaux patients. Donc deux nouveaux, donc qui ont plus de problèmes que quelqu'un qui sort tout à l'heure. Un patient qui vient d'arriver dans la majorité des cas on prendra plus de temps que ce soit dans une transmission orale ou écrite. Dans la majorité des cas, pas toujours.

Les échanges portent sur les problèmes. Ça peut être les problèmes du patient, comme je disais tout à l'heure, l'hypertension, un patient qui va pas bien, qui n'a pas le moral. Ça peut être sur une entrée qui s'est faite la nuit. Une entrée qui arrive à 2h du matin, le médecin est déjà parti. Il aura déjà connu le patient par le staff, comme j'ai dit il y a un staff le matin. Mais eux ils parlent vraiment du pur médical, ils ne connaissent pas le patient. Donc nous on peut déjà après avoir une approche plus globale de la personne. On parle plus de la personne, ce qui s'est passé le matin, ce que nous on a vu et qui n'est pas marqué par exemple dans les transmissions de nuit. S'il a eu des douleurs, une hypotension, s'il a eu un malaise, une douleur thoracique et puis pareil de ce que nous on a fait le matin. Et puis savoir l'autonomie de la personne. Si c'est quelqu'un qui est grabataire juste à ce moment-là ou si c'est tout le temps. Si c'est quelqu'un d'autonome, si on a besoin de l'aider. Enfin vraiment sur l'état, vraiment la globalité du patient. Parce que sur le point de vue vraiment somatique de pourquoi il est là, ils le savent déjà.

- *De votre formation, qu'est-ce qui vous sert le plus ?*

Les cibles. Apprendre les cibles et bien cibler. Ce sont des transmissions ciblées qu'on fait ici donc cible-données-actions-résultat. Les cibles c'est très important. Autrement on peut tout noter. Faut vraiment bien cibler ce qu'on veut mettre. Ce qui est intéressant avec les transmissions ciblées c'est justement qu'une cible va forcément entraîner une donnée qui va entraîner une action et un résultat. Donc c'est bien fait dans le sens où théoriquement ce que tu vas marquer, il y a forcément un résultat au bout. Et ce résultat, ce qui est important aussi, c'est de l'évaluer. Je vais juste prendre l'exemple d'un traitement antibiotique ou antalgique. Si tu donnes un traitement antalgique à telle heure, faut que tu t'assures que la personne n'a plus mal, au bout de combien de temps. Si elle a toujours mal, qu'est-ce que je fais? Qu'est-ce que je note? Plus t'es ciblé et plus t'es précis, et moins t'écris. On écrit moins, mais pas dans le sens où on oublie des choses, c'est que c'est plus carré.

- *D'après-vous, que peut montrer ce travail?*

Parfois on voit dans le dossier des personnes qui ne font pas les transmissions. Il en fait au médecin certes, sauf que la façon dont c'est noté, je ne suis pas au courant moi que le problème a été vu. Déjà pour la personne qui ne le fait pas, il engage sa responsabilité. Pour celui qui arrive derrière et qui n'a pas les transmissions, c'est dommageable dans le sens où il ne connaîtra pas le patient et si on lui dit «Ah bah pour ce patient c'était déjà connu ce problème» et qu'on a lu le matin qu'il avait rien, on peut perdre quelque chose.

Mais dans tout, vraiment. Que ce soit la pose d'une voie veineuse périphérique qui n'est pas notée, pourquoi ça a été changé. On peut perdre des informations. Donc voilà c'est important. Généralement, beaucoup le font, il y en a qui ne le font pas quand même. Alors pourquoi? Je pense qu'ils se disent qu'ils ont parlé du problème au médecin mais faut pas oublier qu'il faut se protéger aussi par la transmission. Ils privilégient les transmissions orales et ne voient pas le côté juridique.

- *Avez-vous quelque chose à rajouter ?*

Non je crois que c'est tout.

## ANNEXE VI – Entretien infirmière 6

**Fonction occupée:** Infirmière en HGE

**Année de diplôme:** 2009

**Années dans le service:** 4 ans

- *Avez-vous choisi le service dans lequel vous travaillez? Si oui, sur quels critères? Pouvez-vous me donner un exemple concret?*

Oui c'est un choix. J'avais fait pas mal de gastro avant, j'aimais bien la diversité des soins.

- *Quel est le déroulement d'une journée de travail dans le service?*

Le matin c'est les transmissions, ensuite la relève, donc on est passés à l'informatique on a pharma maintenant. On fait notre tour de 8h avec les prises de sang. Un tour à 10h, un à 12h. Ensuite on fait nos transmissions écrites, et transmissions orales avec les collègues. Matin et soir c'est toujours pareil.

- *Quelles actions effectuez-vous de votre propre initiative?*

Ici en gastrologie, en cas d'hématémèse direct on branche une aspiration. On ne réfléchit même pas, on n'attend pas de trouver le médecin ni rien, le patient il n'est pas bien. Aussi un patient qui a beaucoup saigné on fait une numération sans l'accord du médecin, des RAI aussi, c'est nous qui les programmons. Les pansements, les médecins n'y connaissent rien donc c'est nous qui gérons comment faire le pansement en général, pour les escarres tout ça. C'est surtout ça qu'on fait sinon, on suit les prescriptions en général. Ce qu'il y a de bien avec l'informatique maintenant c'est que c'est instantané, ils prescrivent et tu l'as tout de suite sur l'ordinateur, t'as moins de mal à avoir les prescriptions et ils sont obligés de prescrire quelque chose qui existe.

- *Quelles données transmettez-vous à l'écrit?*

Je transmets par exemple s'ils ont saigné, ce que c'était. Son hémoglobine, aussi je le note dans le dossier pour qu'on ait une trace un petit peu, parce qu'on va regarder sur l'ordinateur mais pas forcément tout le temps. Si le patient a un problème. Ponction d'ascite aussi, en général on note s'il va être ponctionné, combien de litre, son poids, avec combien on a compensé, comme ça, ça permet d'avoir une traçabilité, parce qu'il y a une traçabilité qui descend à la pharmacie et si on a un souci, ça nous permet de voir d'où vient le problème. S'il y a une transfusion aussi, combien de culots on a passé, son état général.

S'il est ictérique aussi on note son état cutané. C'est surtout ciblé gastro, s'il est constipé, au niveau de l'alimentation aussi on demande aux aides-soignantes de nous dire comment le patient a mangé, pour ceux qui viennent pour dysphagie ou anorexie, il y a un suivi de l'alimentation. C'est surtout ça, c'est lié aux pathologies en général. On note aussi si par exemple le patient a eu une écho-endo haute, il y a un risque d'infection donc on note risque d'infection, on surveille sa température et on la trace aussi dans le dossier. C'est tracé deux fois, c'est-à-dire dans le diagramme et puis on le note aussi dans les transmissions ciblées.

- *Pouvez-vous me donner le contenu de vos transmissions écrites d'hier ou d'aujourd'hui?*

Alors hier j'étais de coupe donc je n'ai pas fait de transmissions. Enfin si j'ai fait quand même quelques transmissions pour les patients qui sont entrés. J'ai un patient qui venait pour Remicade donc j'ai mis «entrée», «patient entré pour Remicade» et puis j'ai mis action, comme quoi j'ai passé le Remicade et après en résultat «bien toléré». C'est la seule que j'ai faite. Après, pour un autre jour j'ai mis «saignement» en cible, «a eu un méléna le soir» en action j'ai fait une numération et en résultat soit c'est moi qui met le résultat de la numération, soit c'est ma collègue. Après, ça peut être élimination, on transmet parfois que le patient n'a pas uriné de la journée donc je mets en cible «élimination», en donnée «patient a uriné», et puis du coup en résultat on note la quantité.

- *D'après-vous, à quoi servent vos transmissions écrites?*

À avoir une traçabilité de ce qui a été fait parce qu'en général avec ta collègue à l'oral tu redis un peu ce que t'as mis dans les transmissions, ça te permet d'avoir une trace écrite. C'est déjà arrivé qu'on ressorte des dossiers parce qu'il nous manque une feuille de surveillance de transfusions, pour savoir qui était là ce jour-là, ça permet de savoir combien de culots le patient a eu. Si le patient est agressif, on le note bien dans le dossier, on explique, ça permet d'avoir une sécurité, on remet bien tout ce qu'il s'est passé comme ça si on est amenés à avoir une confrontation ou quelque chose au moins on a une preuve écrite de ce qu'il s'est passé.

- *Qui lit vos transmissions?*

Les collègues de l'équipe suivante. Alors moi j'avoue que parfois je n'ai pas le temps de lire les transmissions. Souvent, quand je fais mes transmissions écrites je regarde ce qu'il y a marqué au dessus mais je regarde qu'au moment où moi je vais faire mes transmissions. C'est rare que j'aie le temps de les regarder avant de commencer à faire mon tour. Normalement les transmissions orales doivent donner les mêmes informations que ce qu'il y a d'écrit.

Je fais confiance à mes collègues, on n'a pas le temps de regarder les transmissions écrites avant de commencer notre tour. Les aides-soignantes aussi écrivent parfois dans les transmissions ciblées. Ça arrive. Elles ont du mal à le faire mais c'est nous qui leur disons s'il y a eu un soucis, par exemple un patient qui n'a pas voulu être douché, je leur demande de faire une transmission écrite de ce qu'il s'est passé comme ça si l'équipe d'après-midi arrive et nous demande pourquoi il n'a pas été douché au moins on peut rechercher dans le dossier ce qu'il s'est passé si on n'a pas eu l'information à l'oral. Mais c'est rare qu'elles en fassent. Et sinon non elles ne les lisent pas du tout. Elles ont leur diagramme de soins, elles notent si le patient a eu des selles, s'il a uriné, c'est tout ce qu'elles écrivent.

- *Qu'attendez-vous des transmissions écrites de vos collègues?*

Que ce soit court et qu'il y ait les informations les plus importantes. Si le patient va bien, ça m'arrive de mettre mon nom, je signe et je mets un trait. Je ne vois pas l'intérêt de faire des transmissions pour faire des transmissions. Ça encombre, ça prends de la place alors qu'il n'y a rien. Qu'il n'y ait que les informations utiles à la prise en charge du patient. S'il ne s'est rien passé, on ne va pas aller raconter des trucs. Le plus important, c'est quand les patients ont des hémorragies, faut bien qu'on ait une traçabilité du nombre de saignements qu'ils ont eu, s'ils ont chauffés, les actions, est-ce que les hémocultures ont été faites, l'ECBU. Il y a des informations très importantes à noter.

Que ce soit court. J'ai des collègues même s'il y a rien à noter, elles notent quand même. Je ne suis pas trop partisane de ça.

- *Pouvez-vous me dire ce que vous avez fait des transmissions d'hier? Pouvez-vous me donner un exemple?*

Un patient qui a fait une hématémèse, on a noté «pose de sonde naso-gastrique» dans le dossier, «pose de perfusion, numération». Je note pour que mes collègues sachent ce que j'ai mis en place comme actions pour être sûre qu'il n'y ait rien d'oublié comme ça elles voient que tout est fait. En transmissions orales parfois tu oublies des choses, il y a du bruit, les aides-soignantes parlent entre elles, il y a un bruit de fond, à la fin de la journée t'es fatigué, t'oublies des choses. Pour les transmissions écrites t'as un temps pour le faire donc normalement il y a moins d'oublis.

- *À quel moment effectuez-vous vos transmissions écrites et combien de temps consacrez-vous?*

Quand je suis du matin vers 13h30, quand j'ai vu tous mes patients. Ça peut m'arriver dans la matinée si j'ai un truc d'important à noter comme une hypotension, je la note tout de suite, au moins sur ma feuille à moi de planification et si j'ai le temps dans le dossier tout de suite pour pas oublier exactement ce que j'ai fait. Le soir, on essaye de les faire vers 17h30 à peu près, on commence une partie. Si par exemple le patient n'a pas saigné pour l'instant, je mets juste «risque de saignement» après je complète s'il en a ou pas. Quand on est de coupe on le fait quand les patients sortent en général. Après on réajuste. Le problème c'est que dans le dossier de soins infirmiers, il n'y a pas que les transmissions ciblées, les médecins rajoutent des bilans à relever, des rendez-vous, donc pour éviter de rouvrir le dossier infirmier plusieurs fois on essaye de tout faire en même temps. C'est pour ça qu'on les fait à ces heures-là, pour regrouper en fait.

Je dirais quinze à vingt minutes à peu près, après ça dépend s'il y a des problèmes mais c'est à peu près ça.

- *Quelle est la part du temps où vous échangez avec le médecin et sur quoi portent vos échanges?*

On fait les transmissions le matin à 9h. Après ce qu'il manque c'est un retour d'eux. Ça arrive que vers midi on soit un peu derrière eux à savoir s'il y a des patients qui sortent. Il n'y a pas de retour. Ce n'est pas dans les deux sens. Nous on leur fait des transmissions et eux pas forcément. Ils ne viennent pas vers nous.

Le matin on leur dit comment s'est passée la nuit, s'il y a eu des saignements, s'il a chauffé, c'est plus ce qui est somatique. On transmet si on a fait des bilans.

- *De votre formation, qu'est-ce qui vous sert le plus?*

On utilise les cibles. Et puis les liens. Dans la formation, j'ai beaucoup appris à faire les liens, par exemple un patient qui chauffe, le pouls est augmenté. Les liens j'ai appris à les faire en formation et après c'est en pratiquant. En fait, quand je fais mes transmissions je ne réfléchis pas, c'est toujours les mêmes cibles qui reviennent et la même façon de faire. Je pense qu'on s'adapte à chaque service, chaque spécificité. En gastrologie c'est vraiment toujours les mêmes cibles en général, donc ça revient tout le temps. Donc oui j'ai appris à faire les liens en formation et puis je les ai mis en pratique. Comme ce n'était pas mon premier stage en gastro, je connaissais déjà les cibles.

- *D'après-vous, que peut montrer ce travail?*

Qu'on doit être plus efficaces. Cibler vraiment ce qui est important. Parce que quand le patient reste 2 jours ça va mais si c'est une longue hospitalisation ou que le patient a souvent été hospitalisé et qu'on note tout, même ce qui n'est pas vraiment important, on passe trop de temps à chercher dans son dossier les cibles intéressantes. Et ça nous fait des dossiers énormes.

- *Avez-vous quelque chose à rajouter?*

Non je ne crois pas.

## *ANNEXE VII – Analyse des dossiers de soins*

### Données retrouvées dans les dossiers de soins infirmiers pour chaque service

Service	Durée d'hospitalisation	Macrocible d'entrée	Nombre de cibles	Nombre d'actions	Nombre de résultats
<b>SHO</b>	6 jours	Oui	29	14	10
<b>SSR</b>	39 jours	Oui	38	20	17
<b>Médecine interne</b>	3 jours	Oui	11	7	4
<b>Pneumologie</b>	19 jours	Non	23	17	10
<b>HGE</b>	6 jours	Oui	40	16	7

### Objet des cibles retrouvées dans les dossiers de soins infirmiers des différents services

Service	Cible	Données et problèmes physiques	Examens et résultats	Actes infirmiers	Entourage	Devenir	Données et problèmes psychologiques
<b>SHO</b>		17	2	5	0	0	5
<b>SSR</b>		20	0	7	2	0	9
<b>Médecine interne</b>		10	0	0	0	0	1
<b>Pneumologie</b>		19	0	2	0	0	2
<b>HGE</b>		39	1	0	0	0	0

### Objet des cibles concernant les données et problèmes physiques retrouvées dans les dossiers de soins infirmiers des différents services

Cibles	Douleur	Thermie	Ventilation	Elimination	Hémodynamique	Etat général
<b>SHO</b>	1	3	0	6	6	0
<b>SSR</b>	0	7	1	3	4	3
<b>Médecine</b>	0	3	5	0	0	0
<b>Pneumo</b>	4	0	6	2	0	5
<b>HGE</b>	12	10	6	4	3	1

## *ANNEXE VIII - Abréviations*

HGE = hépato-gastroentérologie

MI = médecine interne

SHO = service d'hémo-oncologie

SSR = soins de suite et de réadaptation

## **Résumé**

Cette thèse a pour but de découvrir quel intérêt les infirmières donnent à l'ensemble de leurs interactions avec le patient, et qui ne sont pas les traitements prescrits ou techniques. Il se concentre sur le dossier de soins, et sur les informations que les infirmières y inscrivent, sous forme de transmissions ciblées. Dans un premier lieu, j'ai utilisé la littérature pour élaborer un cadre conceptuel sur le rôle de l'infirmière et ses écrits dans le dossier de soins. Ensuite, j'ai mené une enquête auprès des infirmières de différents services à l'aide d'entretiens et d'analyse des dossiers de soins. Ce travail m'a permis de découvrir le sens que l'infirmière donne à sa profession, et de comprendre la place que prennent les traitements prescrits dans les dossiers de soins.

Mots-clés: Dossier de soins infirmiers, transmissions ciblées, rôle propre, qualité des soins.

## **Abstract**

This dissertation aims to discover the interests that nurses give to the entirety of their interactions with patients, particularly those which are not technical or prescribed treatments. It concentrates on care records, and on what information nurses record, in the form of hand-over communication. In the first place, the literature was used to develop a conceptual framework on the role of nurses and their writings within the care record. Then, a survey amongst nurses from different departments was conducted with interviews in addition to analysis of care records. This work has allowed me to develop an idea of the sense which nurses give to their profession, and to understand the place taken by prescribed treatments in care records.