

Travail de fin d'études - Diplôme d'Etat Infirmier
Institut de formation en soins infirmiers de Digne-Les-Bains

De la transmission orale à la qualité des soins...

Anne Darmon Truc
Promotion 37°6

SOMMAIRE

Introduction	4
1°) CONSTAT.....	5
1.1 Situation d'appel.....	5
1.2 Pré- enquête	6
1.2.1 Les entretiens.....	6
1.2.1.1 Médecine X	6
1.2.1.2 Médecine Y	6
1.2.1.3 Médecine Z.....	7
1.2.2 Recherche bibliographique.....	7
1.2.3 Questionnement.....	8
2°) PROBLEMATIQUE PRATIQUE.....	8
2.1 Les transmissions écrites	8
2.1.1 Historique	8
2.1.2 Définition.....	9
2.1.3 But des transmissions écrites.....	10
2.1.4 Législation	10
2.1.5 Les macrocibles	11
2.1.6 Utilisation des transmissions écrites.....	12
2.2 Les différents supports de transmission	12
2.2.1 Le dossier de soins.....	12
2.2.1.1 Définition.....	12
2.2.1.2 Son but.....	12
2.2.1.3 Son contenu	13
2.2.1.4 Ses utilisateurs	13
2.2.2 Le diagramme de soin	13
2.2.2.1 Définition.....	13
2.2.2.2 Sa forme et son contenu.....	13
2.2.3 La planification murale.....	14
2.2.3.1 Définition.....	14
2.3 Les transmissions orales	14
2.3.1 Définition.....	14
2.3.2 Déroulement	14
2.3.3 Périodicité.....	14
2.3.4 Participants	15
2.3.5 Lieu	15
2.3.6 Contenu et déroulement des relèves	15
3°) PROBLEMATIQUE THEORIQUE.....	17
3.1 La communication	17
3.1.1 Définition.....	17
3.1.2 La communication selon Shannon.....	18

3.1.2.1 Les acteurs	18
3.1.2.2 Les objectifs.....	18
3.1.2.3 Le message et le signal	19
3.1.2.4 Le langage.....	19
3.1.2.5 Le code	19
3.1.2.6 Le canal.....	19
3.1.2.7 Les circuits.....	19
3.1.2.8 La rétroaction ou feed-back.....	20
3.1.2.9 Les bruits	20
3.1.3 Pour une bonne communication	20
3.1.4 L'information	21
3.1.5 Les différents modes de communication	21
3.1.5.1 Communication verbale.....	21
3.1.5.2 Communication non verbale.....	22
3.2 La qualité des soins	22
3.2.1 Définition.....	22
3.2.2 But de la qualité des soins	23
3.2.3 Les critères de qualité	23
3.2.4 Législation	24
3.2.5 Evaluation de la qualité	25
4°) HYPOTHESE.....	25
5°) PLAN DE RECHERCHE.....	26
5.1 Choix de la méthode	26
5.2 Choix de l'échantillon	26
5.3 Choix des outils	26
5.3.1 La grille d'observation	26
5.3.1.1 Variable indépendante 1 : une communication de qualité.....	27
5.3.1.2 Variable indépendante 2 : le support utilisé	27
5.3.1.3 Variable indépendante 3 : le contenu	27
5.3.2 Les questionnaires	28
Conclusion.....	29
Bibliographie :	30
Annexe I	32
Annexe II : « Décret du 29 juillet 2004 »	39
Annexe III : « Schéma de communication »	48
Annexe IV : « Comparaison entre normes de qualité du dossier de soins et des transmissions ciblées »	50
Annexe V : Grille d'observation	52
Annexe VI : Questionnaire	55

Introduction

Ce travail a été effectué dans le cadre de mes études d'infirmière. Je me suis intéressée aux transmissions* car je pense qu'elles sont importantes pour notre travail. En effet lorsqu'on prend son poste, l'infirmière qui a terminé son service donne toutes les informations pour la prise en charge du patient.

Les soins infirmiers sont fonction des besoins des patients. Pour ce faire, l'infirmière élabore un projet de soins et l'écrit sur le dossier de soins, qui comporte également tous les éléments relatifs aux prescriptions médicales. Lors des transmissions orales, l'essentiel des informations relatives au patient est porté à la connaissance de l'équipe qui prend son service, ce qui contribue à la continuité des soins.

Ce travail de recherche est donc un outil de réflexion sur ma future profession, afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Pour étudier les transmissions je vais d'abord axer mes recherches sur les transmissions écrites : leurs fonctions, les différents supports utilisés, puis sur les transmissions orales.

Afin de permettre l'échange d'informations, je développerai le concept de communication, puis celui de la qualité des soins.

* Le mot transmission orale se dit aussi relève et vice versa.

1) CONSTAT

1.1 Situation d'appel

Lors de mes différents stages, je me suis aperçue que la relève inter équipe est un moment important où beaucoup d'échanges se font, entre les équipes

Lors de cette relève, l'infirmière qui termine son service communique des informations sur les patients du service, elle fait un bilan de la situation du patient au jour le jour.

Au sein de l'établissement hospitalier où j'ai effectué mes stages, il y a un temps imparti pour cet échange : 30 minutes environ. J'ai observé que ce temps est souvent dépassé et qu'il peut durer de 45 à 60 minutes.

De plus, j'ai souvent constaté que des informations importantes ne sont pas toujours communiquées lors de ces transmissions, or ceci peut avoir des conséquences néfastes pour le patient.

Je vais illustrer ceci par un exemple :

Au cours d'un stage en médecine X.

J'ai assisté à la relève entre l'équipe de matin, et l'équipe d'après midi.

Les patients y sont vus un par un, avec pour chacun le ou les problèmes du jour. J'ai alors constaté que l'infirmière de matin qui présente les patients a oublié de signaler l'allergie de Mr X à l'iode. L'infirmière d'après midi revenant de congés, ne connaissait donc pas les patients présents. Au cours de l'après midi elle est allée refaire le pansement de la chambre implantable avec changement de l'aiguille de Hubert, selon le protocole en cours dans le service qui préconise l'utilisation de Bétadine (dérivé iodé).

Elle s'aperçut en fin d'après midi que Mr X était allergique en notant ses transmissions dans le dossier de soins du patient. Paniquée, elle est allée voir le patient pour lui prendre ses constantes, et refaire le pansement à la chlorexidine. Cette situation a été mal vécue par cette infirmière.

Ceci m'a fortement interpellée.

J'en ai parlé à plusieurs collègues de travail : étudiants de ma promotion, infirmières diplômées. Toutes avaient déjà vécu des situations similaires, où les transmissions n'étaient pas complètes.

J'ai été interpellée par plusieurs points :

L'infirmière de matin a oublié de dire que Mr X était allergique à l'iode : plusieurs causes peuvent être à l'origine de cet oubli, je les évoque à présent :

- Charge de travail trop importante cette matinée, et stress ;
- Interruption des transmissions par diverses interventions : ambulancier, médecin, téléphone, bavardages... ;
- Mauvaise utilisation de supports lors des transmissions ;
- Manque d'intérêt des participants pendant les transmissions ;

D'autre part je m'interroge aussi à propos de l'infirmière d'après midi qui n'a pas eu l'information, pourquoi n'a-t-elle pas regardé dans le dossier de soin du patient ? N'avait elle pas le temps ? A-t-elle fait trop confiance à sa collègue ?

Cette situation m'amène à me poser beaucoup de questions sur ces relèves, quel est leur intérêt, et quelles sont les conditions nécessaires pour que la qualité des transmissions respecte les critères de qualité des soins infirmiers ?

1.2 Pré- enquête

Le sujet de ma recherche m'a donc amenée à parler de cette situation autour de moi, à mes collègues déjà infirmières, et à mes camarades de classe. Tous me disent qu'ils ont déjà rencontré ce problème lors des différents stages.

Pour vérifier que cette situation existe dans d'autres services, je suis allée interroger des infirmières.

1.2.1 Les entretiens

Je me suis rendue dans les services de médecine, pour rencontrer des infirmières, et voir ce qu'elles pensent des transmissions quel est leur ressenti, et leur degré de satisfaction.

1.2.1.1 Médecine X

Le service est composé de 13 lits, avec 2 infirmières de matin, et 2 infirmières d'après midi. Le temps imparti pour la relève est de 30 minutes, et elle se déroule dans la salle de détente donc sans la planification murale.

J'ai donc posé la question : que pensez-vous des relèves ?

Elles disent être satisfaites et ne pas avoir de problème à ce niveau là. Leurs relèves durent 30 minutes, et elles ne dépassent pas le temps qui leur est imparti. Elles ont dit que c'était la cas lorsque des collègues revenaient de congés, ou qu'elles ne connaissaient pas les patients, le fait de reprendre toute l'histoire du patient rallonge le temps de la relève. Les informations qui sont données à ce moment là leur paraissent suffisantes, elles ont donc assez d'informations pour prendre leur poste, et assurer les soins.

1.2.1.2 Médecine Y

C'est un service composé de 24 lits, il y a en général deux infirmières de matin et deux infirmières d'après-midi. Le temps imparti pour la relève est de 30 minutes, et elle se passe dans la salle de soins devant la planification murale.

J'ai donc posé la même question sur les transmissions orales. Elles m'ont répondu qu'elles n'en sont pas du tout satisfaites. Ce qui est ressorti de cet entretien c'est que beaucoup d'informations sont oubliées lors de ces transmissions. Elles ont mis en évidence le bruit durant ces relèves, les papotages peut être dus au manque de respect des transmissions et au nombre important de participants. Elles ont aussi mis en évidence que les transmissions dépassent le temps qui leur est imparti, en moyenne entre trois quart d'heure et une heure, si on fait le calcul sur une journée cela fait en moyenne trois heures de transmissions sur une journée (celle du matin, celle d'après-midi, et celle du soir).

Les infirmières ajoutent qu'il y a trop de supports écrits pour les patients : le dossier de soin, la feuille de température au pied du lit, le classeur des traitements, et la planification murale. Le fait de multiplier les supports écrits est source d'erreurs. Elles pensent que l'énoncé du problème du jour pour chaque patient suffit, sans reprendre l'intégralité des informations de chacun. Elles reconnaissent que la planification murale est un outil important mais avouent qu'elles ne l'utilisent pas.

Je leur ai demandé si elles avaient le temps de lire les dossiers du patient avant de commencer les soins, en fait, elles utilisent uniquement la planification murale comme support ainsi que le document synthétique élaboré pendant la présentation orale pour organiser leur travail. Elles n'ouvrent les dossiers de soins qu'au moment d'écrire les transmissions, à la fin de leur poste, à moins d'avoir eu un souci avec un patient. Dans ce cas, elles notent la cible, et le problème rencontré.

1.2.1.3 Médecine Z

C'est un service de médecine interne. Il y a 24 lits, avec deux infirmières de matin, et deux infirmières d'après-midi. Elles ont 30 minutes pour faire les transmissions. Elles font la relève devant la planification.

Lors de l'entretien, elles ont évoqué les mêmes problèmes qu'en médecine Y, concernant la durée trop importantes des relèves (en moyenne 40 minutes).

Elles soulignent que des informations, y compris importantes, manquent lors des relèves.

Elles pensent que les aides soignantes ne participent pas assez lors des transmissions.

Le bruit dans ce service paraît être un problème, en effet, elles disent qu'il y a trop de bavardages durant les transmissions, et que certaines personnes manqueraient d'écoute lors des relèves.

1.2.2 Recherche bibliographique

J'ai lu un article qui porte sur l'analyse des transmissions. Une enquête a été faite sous forme de questionnaire sur les transmissions avec un item sur les transmissions orale. Les questionnaires ont été donnés à des aides-soignants et des infirmières du même service, onze agents y ont répondu.

« En ce qui concerne les transmissions orales, on constate 100% d'insatisfaits, dû essentiellement, au bruit et au manque d'intérêt. Un souhait émerge d'aller à l'essentiel, de réduire le temps, de définir la place physique de chacun. »¹

Les agents trouvent que les transmissions ne vont pas à l'essentiel, elles sont trop étalées. Cette enquête montre que cette situation n'est pas unique. Elle existe dans d'autres services.

La relève est un moment crucial pour les équipes : elle permet de s'informer sur les patients, de savoir où ils en sont de leur hospitalisation, et de connaître les soins effectués. La relève permet de continuer les soins, de s'organiser dans son travail.

¹ Le Bras M, « Les transmissions dans une recherche de démarche qualité », Le cahier du management, n°62, Mars 1998, page

1.2.3 Questionnement

Cette enquête me questionne sur les transmissions orales. Quelles sont les informations importantes à donner pour assurer les soins ? Qui doit participer à la relève ? Qu'est-ce qui est dit à ce moment là ? Quel est l'impact de mauvaises transmissions ?

L'infirmière lorsqu'elle prend son poste, écoute les transmissions de ses collègues avant de s'occuper des patients. Elle se base sur les informations données, pour savoir ce qu'elle doit faire, mais si elle n'a pas toutes les informations, ou si elles sont fausses, cela va influencer la qualité des soins. Est-ce que la qualité des transmissions orales permet des soins de qualité ? Est-ce dû à la manière dont l'infirmière communique lors de la relève ? Est- dû au contenu des transmissions ?

Mon questionnement de départ est :

En quoi la qualité de la communication à partir des transmissions écrites lors des relèves va être déterminante pour permettre des soins de qualité ?

2) PROBLEMATIQUE PRATIQUE

Pour répondre à ce questionnement, je me suis penchée sur les différentes transmissions infirmières : les transmissions orales et les transmissions écrites. En effet elles sont au cœur du travail infirmier, pour permettre une bonne prise en charge du patient et assuré la continuité des soins. Il paraît donc important d'aborder ce sujet, de situer les transmissions écrites dans leur contexte législatif, historique, et méthodologique, et de développer les transmissions orales.

2.1 Les transmissions écrites

2.1.1 Historique

Il est évident que la profession infirmière s'est longtemps basée uniquement sur l'oral et que les écrits ont permis d'améliorer la qualité des soins.

Les transmissions ciblées datent de 1980 aux Etats-Unis. Elles ont été présentées lors d'une conférence de l'ANADI (Association Nord Américaine pour les Diagnostics Infirmiers). Cette nouvelle méthode de rédaction fut mise en place afin de promouvoir le rôle propre infirmier.

C'est depuis 1985 que cette méthode est utilisée en France, ainsi que l'utilisation des macrocibles.

2.1.2 Définition

Transmettre : « faire passer à une autre un écrit, des paroles. »²

« Les transmissions écrites et/ou oral permettent à chaque membres de l'équipe soignantes, de connaître les éléments nécessaires pour dispenser des soins infirmiers adaptés à l'évolution de l'état de santé de la personne soignée. Elles sont indispensables à la continuité des soins »³.

Ceci constitue le dossier de soins du patient.

Selon le cours de Sylvette Briançon, et de l'ouvrage sur les transmissions écrites au service de la qualité des soins :

Les transmissions ciblées sont une méthode pour organiser les transmissions écrites. On y retrouve les différents problèmes des patients. Elles se présentent sous forme de colonnes : les dates, les cibles, les transmissions, et la signature de l'intervenant.

Les cibles sont des mots clefs qui attirent l'attention sur le problème donné, ce peut être un état psychologique, un changement de santé, un diagnostic infirmier, un symptôme, un événement au cours d'un soin, ou l'intervention d'une personne extérieure au service.

L'infirmière utilisera comme support les besoins fondamentaux de Virginia Henderson pour poser le problème rencontré.

Elles permettent de noter des informations sous forme de DAR (Donnée, Action, Résultat) :

-La donnée : elle comprend les observations du patient, la description de son état ou des manifestations physiques ou psychologiques d'un problème de santé.

-L'action : ce sont les actions que l'infirmière va mettre en place par rapport à la donnée pour améliorer l'état du patient. Son action peut relever de son rôle propre, de son rôle prescrit, ou en collaboration.

-Le résultat : il peut être écrit à distance de l'action, il peut être atteint ou pas, et nécessite un réajustement (c'est la disparition clinique de la donnée).

Exemple :

Date et heure	CIBLES	TRANSMISSIONS	SIGNATURE
05 /12/2007	Douleurs	D : Mr X a mal au niveau de sa cicatrice. A : Du paracétamol en intraveineux lui a été administré selon la prescription médicale. R : Mr X n'a plus mal à sa cicatrice.	Dupont F.

² Collectif, « Le Robert », Edition France loisir, Paris, 2002, page 1702

³ Pascal, Annie et Frécon Valentin, Eliane « Diagnostics infirmiers, interventions et résultats », Collection Démarche soignante, Edition Masson, Paris, 2003, pages 33

2.1.3 But des transmissions écrites

C'est un écrit collectif, car médecins, infirmières, aides-soignantes et les personnels extérieurs y participent.

Les transmissions écrites ont pour but de structurer l'écrit infirmier dans le dossier de soin du patient. On y retrouve l'historique de hospitalisation.

Elles permettent une photographie du patient.

Les transmissions écrites permettent de communiquer des informations sur le patient afin que les différentes équipes en connaissent les informations. On peut aussi s'y référer en cas d'oubli car elles sont permanentes.

Elles ont aussi comme rôle d'assurer la continuité des soins, en effet toutes les actions faites au patient y sont retranscrites, donc une infirmière peut retrouver tous les soins qui ont été effectués.

Elles permettent aussi de voir l'évolution du patient durant son hospitalisation, et d'évoquer son devenir.

Les transmissions écrites sont durables, elles ont donc un caractère légal : on peut s'y référer lors de problème juridique. Dans son livre Michèle Grojean, nous dit que la possible utilisation des transmissions dans un cadre légal limite les infirmières dans le contenu de leurs écrits. Elle ajoute d'autres raisons expliquant la formulation laconique des informations :

« La contrainte temporelle –il faut aller vite et à l'essentiel-, la crainte du jugement sociale, l'insécurité linguistique devant la faute d'orthographe ou la formulation malheureuse, et à l'extrême la menace des conséquences juridico légales. »⁴

De plus, le patient pouvant lire ces transmissions, l'infirmière ne notera pas tout. Exemple : le patient lui parle de sa tentative de suicide, l'infirmière notera dans les transmissions : Longue discussion sur le ressenti de Mr X. Et elle apportera des informations supplémentaires à ses collègues lors des transmissions orales.

Toutes ces remarques amènent l'infirmière à écrire de manière prudente, à écrire dans un style particulier : les informations sont résumées. Dans son livre elle parle même de style télégraphique, ce qui peut être contradictoire pour répondre à une obligation de traçabilité des soins.

2.1.4 Législation

D'un point de vue législatif, l'écriture dans le dossier de soins fait partie du rôle propre de l'infirmière.

Selon le décret de compétence infirmier décret du 19 juillet 2004, dans son chapitre I, section 1, article R.4311-2 les soins infirmiers ont pour objet :

⁴ Grojean, Michèle « Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital » Edition PUF, Collection Le travail humain, Paris, 1999, Page 116

*« De concourir à la mise en place de méthode et au recueil d'information utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ».*⁵

Selon l'article R.43113-3 :

*« Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalueIl est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers »*⁶

Selon le chapitre 2 sur les règles professionnelles et les devoirs envers les patients :

*« L'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tout les éléments relatifs à son rôle propre et permettant le suivi du patient »*⁷.

L'infirmière a donc le devoir de noter dans le dossier de soin les actions infirmières qui sont faites.

Dans la loi du n°2002-3003 du 4 mars 2002, relative aux droits du malade, le patient a le droit d'accès direct aux informations portées dans son dossier.

2.1.5 Les macrocibles

Elles permettent de faire une analyse de la situation de la personne soignée de façon structurée et synthétique à des moments précis de sa prise en charge : arrivée dans le service, retour de bloc opératoire, changement de service, départ au domicile...

Elles sont décomposées en cinq items :

- Maladie : entrée programmée ou en urgences, symptômes, exploration, diagnostic médical.
- Thérapeutique : antérieur, thérapeutique, et prévisible.
- Vécu : le ressenti du patient, ses expressions verbales.
- Environnement : sa famille, ses relations, son médecin traitant, sa vie sociale.
- Développement : ses habitudes de vie, son âge, sa profession, ses antécédents médicaux, ses besoins perturbés.

⁵ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé public et modifiant certaines dispositions.

⁶ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé public et modifiant certaines dispositions.

⁷ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé public et modifiant certaines dispositions.

Exemples :

Date	Cibles	Transmissions
04/03/2008	Maladie	Madame X est entrée le 2/03/2008 pour fracture de la diaphyse fémorale droite, elle a eu un ECG, une radio des poumons. Une consultation avec l'anesthésiste a été demandée en vue de son passage au bloc opératoire.

Les macrocibles se rajoutent aux cibles dans le dossier de soin.

2.1.6 Utilisation des transmissions écrites

Dans son livre, Michèle Grojean, étudie les transmissions sur trois services différents : un service de chirurgie, un service de pédiatrie et un service de gastro-entérologie. Elle a démontré que dans les trois services les transmissions écrites n'étaient pas utilisées de la même manière.

Dans le service de gastro-entérologie les dossiers de soins sont dans un chariot mobile, les dossiers suivent les visites des médecins. Les infirmières arrivantes les consultent avant les transmissions orales.

Dans le service de chirurgie, les dossiers de soins restent dans la salle de soins, et ne sont guère vus par le personnel. Les infirmières arrivantes se réfèrent aux les transmissions orales.

D'un service à un autre leur utilisation est différente.

Je vais détailler les différents supports qui servent aux transmissions.

2.2 Les différents supports de transmission

2.2.1 Le dossier de soins

Les transmissions infirmières sont concentrées dans le dossier de soins que nous allons maintenant détailler :

2.2.1.1 Définition

Il comporte une partie des renseignements sur le patient ainsi que les prescriptions médicales. Le dossier est regroupé dans un classeur. C'est un outil qui a une portée chronologique large et qui permet de voir l'évolution du malade durant son hospitalisation.

2.2.1.2 Son but

Selon le manuel d'accréditation des établissements de santé de février 1999, il définit le dossier du patient :

« Le dossier patient est indispensable à la communication des informations entre les professionnels et constitue un outil de réflexion et de synthèse, de planification, d'organisation et de traçabilité des soins. Les dysfonctionnements dans la gestion des dossiers peuvent entraîner des conséquences allant de la simple perte de temps à des défauts majeurs dans la prise en charge des patients et le fonctionnement de l'établissement. »⁸

2.2.1.3 Son contenu

On retrouve dans le dossier du patient, une fiche d'identification, avec le recueil de données (son autonomie, ses antécédents, sa famille, ses besoins perturbés), les feuilles de transmissions ciblées, les prescriptions médicales, et les fiches de pansement.

2.2.1.4 Ses utilisateurs

Toute personne qui intervient lors de l'hospitalisation du patient : diététicienne, kinésithérapeute, médecins, infirmières, aides-soignantes, sage-femme, psychologue, étudiants infirmiers, ergothérapeute....

2.2.2 Le diagramme de soin

2.2.2.1 Définition

C'est un tracé qui permet de suivre l'évolution de la personne soignée. On y retrouve les soins apportés au malade au cours de son hospitalisation, c'est un outil de validation des soins réalisés.

2.2.2.2 Sa forme et son contenu

Il est présenté sous forme de fiches établies à partir d'un référentiel officiel (SIIPS : soins individualisé à la personne). Il fait partie du dossier de soins et est lui aussi daté et signé par les professionnels référents car il sert de preuve juridique et institutionnelle. On y retrouve tous les soins au niveau infirmier : rôle propre, rôle prescrit et rôle en collaboration. Toutes les constantes y sont retranscrites : cela permet de voir une évolution du patient jour par jour, car tous les soins effectués sont datés et signés.

⁸ Dancausse, Florence et Chaumat, Elisabeth « Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins » Collection Démarche soignant, Edition Masson, Paris, 2000, page 142

2.2.3 La planification murale

2.2.3.1 Définition

Le planning mural donne une représentation globale de l'ensemble des activités sur une journée pour tous les malades du service. En général il se trouve dans la salle de soin, et se présente sous forme de tableau à fenêtres où l'on dispose des fiches en T de différentes couleurs selon les différents types de soins.

On y retrouve le nom du patient, les soins à faire, les surveillances, les prescriptions médicales (perfusions, aérosols, injections ...).

2.2.3.2 Son but

Elle permet d'organiser les soins sur une journée, exemple : les aérosols qu'il ne faut pas faire à proximité des heures de repas.

Elle permet à toute l'équipe d'avoir une vision d'ensemble des soins à donner aux patients (sans pour autant ouvrir le dossier de soins).

2.3 Les transmissions orales

2.3.1 Définition

C'est la passation d'informations entre des soignants, à un moment donné. On les appelle aussi « relèves ». Elles permettent une articulation des soins entre les équipes dans le but d'assurer la continuité des soins.

2.3.2 Déroulement

La relève a lieu entre l'équipe partante et l'équipe arrivante. Sont transmises toutes les informations concernant : l'état physique du patient, l'état psychologique, les derniers événements qui se sont passés au cours de l'hospitalisation. Elles peuvent évoquer l'environnement familial, l'intervention des médecins...

2.3.3 Périodicité

Elles se déroulent souvent à trois moments clés de la journée : le matin entre l'équipe de nuit et celle de matin, en début d'après-midi entre l'équipe de matin et celle d'après midi et le soir entre l'équipe d'après midi et celle de nuit. La relève la plus importante est celle de la mi-journée, en effet elle fait suite à la visite des médecins et donc aux changements de traitement, ou de situations des patients.

Le temps imparti à ce moment est de 30 minutes maximum.

2.3.4 Participants

En général il y a l'équipe partante et l'équipe arrivante. Chacun à son initiative note les informations qui lui semblent importantes. La cadre de santé peut participer aux relèves, tout comme des intervenants extérieurs : kinésithérapeute, diététicienne, assistante sociale, médecins ou étudiants infirmiers.

Dans son livre Michèle Grojean dit que les aides-soignantes sont mises à l'écart et participent peu aux transmissions.

*« la place des aides soignantes dans la relève oscille donc entre une absence radicale, comme en gastro-entérologie, et une participation reconnue mais secondaire en chirurgie ».*⁹

D'un service à l'autre les aides soignantes sont plus ou moins intégrées aux relèves.

Le cadre infirmier joue un rôle essentiel lors des transmissions. En effet Michèle Grojean dit que sa présence apporte un plus aux relèves en donnant des informations complémentaires sur les patients sur leur devenir, ou leur pathologie. De plus, elle assiste souvent aux visites des médecins ce qui lui permet de transmettre à l'équipe davantage d'éléments.

2.3.5 Lieu

Dans son livre Michèle Grojean observe qu'en pédiatrie les relèves se passent dans un petit bureau où se trouve la planification murale. L'infirmière partante est debout devant celle-ci, les autres écoutent et regardent cette planification.

En chirurgie elles se passent aussi dans la salle de soins, mais l'équipe est autour d'une table et l'infirmière arrivante vérifie les informations de sa collègue sur les fiches des patients.

En gastro-entérologie les infirmières sont assises ou debout, l'infirmière partante fait ses transmissions de mémoire, avec le dossier de soins à proximité si elle a besoin d'une précision.

On remarque donc que selon les services les transmissions se passent dans des lieux et des contextes différents.

2.3.6 Contenu et déroulement des relèves

Dans le guide méthodologique des transmissions, l'auteur explique le déroulement de la relève.

Les relèves commencent par l'installation de l'équipe arrivante et l'équipe partante dans la salle de soins. L'auteur explique que le positionnement de l'équipe est important pour une bonne communication, les acteurs doivent s'installer autour d'une table, les uns en face des

⁹ Grojean, Michèle, Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital, Edition PUF, Collection Le travail humain, Paris, 1999, Page 83

autres. Les outils utilisés lors de relèves peuvent être : le dossier de soins, la planification murale, et/ou le diagramme de soins. Deux situations sont possibles :

- Le patient est peu connu par l'équipe ou l'infirmière reprend après des congés. On parle du recueil de données à l'entrée, et l'équipe présentera le patient, en précisant son degré d'autonomie et ses besoins perturbés selon les besoins fondamentaux de Virginia Henderson. Ensuite seront citées les cibles prévalentes à l'entrée du patient.
- Le patient est connu du service et de l'infirmière. On situe le patient durant son hospitalisation, et on commente les soins réalisés. Puis on parle des cibles qui sont discutées en équipes afin de poser les objectifs de soins. L'équipe présente ensuite des résultats obtenus, et de l'évolution du patient.

Selon le patient les informations données ne sont pas les mêmes.

La relève est importante pour la prise en charge du patient, et la continuité des soins. Dans certains services il existe une charte de la relève qui a pour but de :

- Définir les objectifs ;
- Définir les conditions de la personne soignée ;
- Diminuer le bruit ;
- Améliorer le climat communicationnel ;
- Réfléchir aux positionnements de chacun dans la relève ;

La relève est considérée comme un moment de qualité au profit de la personne soignée.

Mais lors de la relève, outre l'échange d'informations sur les patients, l'équipe se retrouve et discute. Michèle Grojean a étudié les transmissions orales : dans son livre elle met en avant les conditions des relèves, et leurs fonctionnements.

Le temps imparti à la relève va varier selon l'état de fatigue de l'infirmière partante ou la ponctualité de l'infirmière arrivante. Si ce temps accordé à aux transmissions est trop court, les informations peuvent s'avérer incomplètes, imprécises.

Les relèves sont souvent interrompues. Dans ma pré enquête j'ai pu remarquer qu'elles pouvaient être coupées pour diverses raisons : question d'un médecin, patient qui sort, brancardier qui arrive, téléphone qui sonne... Toutes ces raisons perturbent les informations transmises et en affectent la qualité.

Michèle Grojean a mis en avant deux types de relèves différentes :

- une relève collective : toutes les personnes de l'équipe prennent la parole et échangent des informations.

- une relève de coopération opérationnelle où se sont les infirmières qui prennent la parole.

Dans l'une ou l'autre relève c'est l'infirmière partante, qui transmet les informations, et qui structure la relève. L'infirmière fait le tour des patients selon un enchaînement linéaire.

Selon les services, les informations ne sont données de la même façon :

En chirurgie, l'infirmière partante fait un monologue rapide et structuré, elle présente chaque patient un à un et reprend l'histoire de son hospitalisation.

En gastro-entérologie, la relève se fait sous forme de questions-réponses, car l'infirmière partante se contente de dire « rien à signaler » si le patient n'a pas de problème.

En pédiatrie la relève se fait sous forme de conversation, tout le monde échange, les infirmières se penchent sur le relationnel avec l'enfant et son environnement.

Mais les relèves ne sont pas qu'un moment d'échange d'informations, en effet elles permettent aux infirmières de discuter d'autres choses.

« Parce qu'elles ne se contentent pas d'énoncer les faits récents, mais donnent l'occasion de s'interroger sur eux, de chercher à les interpréter, à compléter des savoirs, d'établir

*des jugements, de reconstituer des événements et des problèmes, d'aider le partenaire à y voir clair ».*¹⁰

Elles permettent aux infirmières d'enrichir leurs connaissances, elles ont un rôle formateur. En effet lorsqu'une jeune infirmière prend son poste et qu'elle ne connaît pas un soin, une infirmière ayant plus d'expérience lui apporte des explications, il en est de même pour les étudiants infirmiers.

Les transmissions orales permettent aussi à l'équipe de mettre en commun des interrogations, de se questionner, sur le traitement d'un patient, un protocole de service, sur l'organisation. Ensemble elles échangent leurs points de vue.

Les relèves permettent aussi de voir l'évolution des patients, en effet l'équipe peut discuter de son évolution, de son traitement. Elles donnent un sens aux événements

Les infirmières durant la relève évaluent les soins. En effet par les actions passées, les résultats, elles réajustent leurs méthodes de soin ce qui leur permet d'évoluer.

Lors de la relève le personnel soignant va pouvoir apporter oralement des éléments qu'ils ne veulent pas faire apparaître dans le dossier de soins, le malade pouvant avoir accès à celui-ci.

La relève est aussi un sas de décompression qui permet à chacun de s'exprimer librement. Les relèves sont un lien entre les données écrites et orales, mais elles peuvent également dépasser ce cadre.

Il nous faut donc à présent aborder le moyen de faire circuler ces informations écrites et orales.

3) PROBLEMATIQUE THEORIQUE

Pour permettre de faire des transmissions écrites ou orales, il faut qu'il y ait communication de qualité. Nous allons donc étudier et voir comment se passe la communication.

3.1 La communication

3.1.1 Définition

La communication est étudiée depuis les années 70. Le terme communiquer vient du latin « *communicar* » qui signifie mettre en commun. Communiquer c'est mettre en place des ponts entre les individus, c'est établir une relation avec autrui. C'est l'action de transmettre quelque chose à quelqu'un par le biais de langage, de gestes, des attitudes, des mimiques. Une communication est gravée dans un contexte, dans un endroit donné à un instant donné. Si le code de communication n'est pas commun, l'information transmise n'est pas comprise. Lors des relèves infirmières, le vocabulaire employé est professionnel, c'est-à-

¹⁰ Grojean, Michèle, Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital, Edition PUF, Collection Le travail humain, Paris, 1999, Page 112

dire qu'il reprend des termes médicaux. Il faut donc que les personnes présentes aux relèves aient connaissance du vocabulaire utilisé.

L'intérêt de la communication est de :

- Faire passer une information, une connaissance ;
- Mettre en place un langage commun ;
- Créer une relation pour dialoguer ;
- Donner son identité pour être reconnu.

Il y a différents types de communication : communication interpersonnelle, communication de masse, communication de groupe.

Lors des relèves on trouve une communication de groupe, c'est-à-dire que l'information part d'un émetteur et s'adresse à une catégorie d'individus bien définie, ciblée sur leurs compréhension et leur culture propre.

3.1.2 La communication selon Shannon

Il a établi un schéma type de communication à l'hôpital, entre le personnel, les patient que ce soit écrite, ou orale. Ce schéma montre les rapports entre la communication, la relation, et les informations.¹¹

Afin de permettre une bonne communication, il faut plusieurs éléments :

3.1.2.1 Les acteurs

On trouve un émetteur et un récepteur. Le message part d'une personne pour arriver à une autre personne. Les rôles peuvent être changés, le récepteur devient l'émetteur et vice versa.

3.1.2.2 Les objectifs

Ils partent de l'émetteur, il faut que l'émetteur et le récepteur se mettent d'accord sur des objectifs communs de la communication.

Il y a l'activité, c'est faire agir, l'action est l'objectif. Dans les services, c'est pour soigner que l'on communique des informations.

Il y a ensuite l'intelligence, c'est-à-dire qu'il faut comprendre le message pour que l'action soit intégrée dans un projet, cette dimension évite les malentendus.

Puis il y a l'affectif, c'est faire accepter. En effet il faut accepter l'information pour pouvoir l'entendre. On ne peut comprendre l'information que lorsque l'on accepte de l'entendre.

¹¹ Annexe n°III

3.1.2.3 Le message et le signal

Le message doit être intra personnel, c'est-à-dire que chez l'émetteur il doit être initié par le cerveau, et toutes les parties de son corps peuvent le transmettre : mimique, position du corps, gestuelle. Le message est encodé. Le récepteur reçoit le message par ses sens : l'ouïe, la vue... Il est ensuite décodé. Pour le message soit compris il faut que l'émetteur et le récepteur aient le même code.

3.1.2.4 Le langage

La même langue ne suffit pas pour comprendre un message, il faut que le vocabulaire employé soit connu par les deux personnes. Lors des transmissions, les acteurs utilisent un vocabulaire professionnel, avec des termes médicaux. De plus les variations de voix, de rythme, les pauses caractérisent le langage :

« La langue et le langage sont des systèmes de symboles qui constituent le contenant de la communication que l'on appelle aussi parfois le signifiant »¹²

3.1.2.5 Le code

C'est l'ensemble des règles pour l'utilisation de la langue et du langage. Il doit être commun à l'émetteur et le récepteur, pour que le message puisse être encodé et décodé sans malentendu.

3.1.2.6 Le canal

C'est ce qui sert au support physique au message. Par exemple dans la communication verbale se sera les ondes sonores, l'air.

3.1.2.7 Les circuits

Le circuit direct est ce qui correspond au face à face, le message va de l'émetteur au récepteur directement. Le circuit indirect est le fait qu'il y ait plusieurs personnes interposées entre l'émetteur et le récepteur, ce qui peut modifier la communication.

¹² - Montesinos, André « Organiser des soins de qualité dans les services » Edition Medsi Macgraw-hill, Collection Encyclopédie des soins infirmiers, 1991, Bayeux, page 93.

3.1.2.8 La rétroaction ou feed-back

C'est la réaction du récepteur au message qu'il reçoit. En effet pour qu'il y ait communication, il faut un échange, une interaction. Il y a quatre rétroactions possibles.

La non réception, c'est le récepteur qui ne reçoit pas le message, car il n'est pas compris ou pas entendu. L'émetteur peut alors rajuster son message, en le reformulant par exemple. La deuxième est la répétition, le récepteur reproduit le signal, avec le même code. Cela signifie que le message a été reçu mais qu'il n'a pas été compris.

La reformulation est une autre réponse possible, le récepteur reformule le message en utilisant d'autres codes. Cela permet de voir si le message a été bien compris.

Puis il y a l'accord ou le désaccord, si le récepteur, si le récepteur doute de l'information qui a été donnée, si il n'est pas convaincu, il négligera les actions à entreprendre.

3.1.2.9 Les bruits

Ce sont tous les parasites autour de la communication et qui la perturbent. Ce peuvent être les ondes sonores (perturbation physique), les émotions (perturbation psychologique), et les conflits dans les équipes (perturbation sociale).

3.1.3 Pour une bonne communication

Nous avons vu le schéma de la communication, mais il y a des règles à respecter pour avoir une bonne communication. André Montesinos, donne dix conseils pour permettre une bonne communication.¹³ J'en choisis neuf :

1° Pour pouvoir recevoir un message, il faut être à l'écoute de l'autre, c'est-à-dire être persuadé que la personne qui envoie un message nous apporte quelque chose. L'émetteur sentira que le récepteur est prêt à l'écouter. C'est donc être disponible à recevoir une information. Plus l'écoute est attentive, plus l'émetteur parlera facilement.

2° L'auteur explique que lorsque l'on parle dans l'intérêt de soigner, il ne faut pas transmettre d'information avec un jugement ou un a priori. En effet cela peut compromettre la relation, elle perdra de sa valeur.

3° Pour permettre une bonne communication, il faut aussi qu'elle soit claire et cohérente. Il faut utiliser le bon vocabulaire.

4° Il faut utiliser le langage verbal, non verbal (qui est développé plus bas). Le langage verbal et non verbal vont ensemble, si le non verbal est en opposition avec le verbal, le récepteur aura du mal à interpréter le message.

5° Ensuite il faut communiquer directement à la personne concernée. En effet, s'il y a des intermédiaires, il y a un risque que le message soit transformé, modifié. De plus la notion de feed-back n'apparaîtra pas, on ne saura pas si le récepteur a reçu et compris le message.

¹³ Montesinos, André « Organiser des soins de qualité dans les services » Edition Medsi Macgraw-hill, Collection Encyclopédie des soins infirmiers, 1991, Bayeux, page 95.

6° Il faut ensuite que l'émetteur du message s'engage, c'est-à-dire qu'il doit parler en utilisant le « je ». Dans le cas contraire le discours est impersonnel, ce qui conduit à l'anonymat et à l'irresponsabilité.

7° et 8° Et pour finir il faut utiliser le temps et l'espace pour bien communiquer. On ne peut pas communiquer au milieu d'un couloir, ou en cinq minutes. Surtout lors de la relève qui est importante.

9° Il faut prendre le temps, et s'installer confortablement : le confort physique et le point de départ du confort relationnel.

Pour une bonne communication, il y a donc beaucoup d'éléments qui entrent en compte, il en est de même lors des transmissions orales infirmières, il faut suivre un schéma de communication. La communication est donc l'échange d'information, nous allons donc voir ce qu'est l'information.

3.1.4 L'information

C'est un renseignement sur quelque chose ou sur quelqu'un. S'informer c'est recueillir des informations, se mettre au courant. S'informer c'est aussi chercher à comprendre ce qui se passe pour pouvoir intervenir. L'infirmière a donc besoin d'informations pour commencer son travail, il faut qu'elle sache ce qu'elle doit faire pour pouvoir intervenir correctement. Dans les services des informations essentielles circulent pour la santé des patients. Dans son livre André Montesinos, parle de trois types d'informations qui circulent dans les services.

- Les informations sur le personnel : les horaires de travail, les congés...
- Les informations sur les activités : gestion des locaux, la pharmacie...
- Les informations sur le malade, celles qui nous intéressent le plus. Elles permettent une relation avec le malade, de prendre soin de lui dans la dimension bio-psyco-sociale :

« Tout ce qui concerne chaque malade doit être personnalisé en fonction de chaque individu. La logique pour recueillir, noter, transmettre et utiliser l'information est guidée par le nom du client »¹⁴

L'information passe par la communication, il existe différentes communications.

3.1.5 Les différents modes de communication

3.1.5.1 Communication verbale

La communication verbale est faite de signes linguistiques. Ces signes sont appelés langage. La voix, l'écriture sont des moyens de communiquer.

¹⁴ Montesinos, André « Organiser des soins de qualité dans les services » Edition Medsi Macgraw-hill, Collection Encyclopédie des soins infirmiers, 1991, Bayeux, page 85.

3.1.5.2 Communication non verbale

C'est le fait de recevoir des messages sans passer par la parole mais avec : des expressions de visage, des postures, des bruit, des mimiques, des regards ou des gestes.

Ce sont des messages non verbaux qui sont émis et perçus par les centres nerveux très archaïques, ce qui explique que nous communiquons de façon non verbale en toute inconscience. Nos gestes deviennent universels car ils sont répandus dans tous les systèmes nerveux humains. Lors des relèves infirmières, celles-ci communiquent parfois de manière non verbale, ce qui peut influencer les informations données. Par exemple si l'infirmière souffle en parlant d'un patient, cela signifie qu'elle le trouve difficile.

Nous avons donc vu qu'il y a des schémas de communication, pour permettre à celle-ci d'être correcte lors des transmissions, nous allons voir maintenant le concept de qualité, qui est important dans l'évolution de la maladie du patient.

3.2 La qualité des soins

Il est important d'évoquer le concept de la qualité des soins, car il dépend du travail infirmier, lequel découle des informations données lors des transmissions.

La démarche qualité est un objectif à atteindre. On la retrouve dans la production de service, de produit, peu à peu on la trouve dans les hôpitaux, dans le monde de la santé.

3.2.1 Définition

Définition de la qualité :

« La qualité d'un produit ou d'un service peut être définie, en terme d'objectif et de résultat, comme son aptitude à satisfaire des besoins déterminés d'utilisation »¹⁵.

La qualité à l'hôpital est l'aptitude à satisfaire les besoins des usagers par le personnel et l'établissement dans des actions visant à l'amélioration continue de la qualité.

Il y a différentes définitions de la qualité des soins. Selon l'OMS c'est

« Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostics et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la médecine, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogènes et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contact humain à l'intérieur du système de soin ».¹⁶

¹⁵ Cruchant, Lucien – La qualité – Collection Que sais-je ?, Edition PUF, Paris, 2000, page 12

¹⁶ - Lauro, Sylviane – La démarche qualité en établissement de santé – Cour, IFSI de Digne-Les-Bains, juillet 2005, page 5.

Constituer la qualité c'est s'assurer que chaque patient est soigné avec la mobilisation maximale des moyens possibles, matériels, humains, institutionnels.... La qualité demande à être améliorée, à évoluer.

Il y a une croissance des exigences des patients, en effet ils veulent être informés de leur santé, mais il y a aussi une augmentation du manque de confiance de la part des patients.

3.2.2 But de la qualité des soins

Selon l'ANAES (Agence National d'Accréditation et d'évaluation en Santé), la qualité permet d'amélioration de la santé :

- Elle permet l'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins ;
- Appréciation de la capacité des établissements de santé à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient ;
- Formulation de recommandations explicites aux établissements ;
- Implication des professionnels dans cette démarche ;
- Reconnaissance externe de la qualité dans les établissements de santé ;
- Amélioration continue de la confiance du public.

Le dossier de soins permet de planifier et de programmer les soins. Les transmissions écrites ont été créées pour améliorer la qualité de la prise en charge du patient, et permettent donc la continuité des soins. Dans le livre sur les transmissions ciblées au service de la qualité une comparaison est faite entre le livre d'accréditation et les transmissions ciblées. Bien utilisées, celle-ci répondent aux critères de qualité et à la démarche assurance qualité.¹⁷

Susan Lampe a élaboré dans son livre¹⁸ des normes de qualité propre aux transmissions ciblées, il faut qu'elles :

- reflètent les étapes de la démarche de soins ;
- contiennent les observations infirmières ;
- soient un outil de communication ;
- soient intégrées au dossier de soins ;
- permettent aux soignants de retrouver des informations rapidement ;
- fournissent une description au jour du patient ;
- puissent être utilisées à des fins légales.

3.2.3 Les critères de qualité

Dans son livre, André Montesinos¹⁹ met en avant six critères afin que la qualité soit respectée.

¹⁷ Annexe IV

¹⁸ Pascal, Annie et Frécon Valentin, Eliane –Diagnostics infirmiers, interventions et résultats- Collection Démarche soignante, Edition Masson, Paris, 2003, page 35.

¹⁹ Montesinos, André – Organiser des soins de qualité dans les services – Edition Medsi Macgraw-hill, Collection Encyclopédie des soins infirmiers, 1991, Bayeux.

- La sécurité : Il faut se questionner à propos du soin, sur son résultat. En effet il peut être dangereux pour le patient. Il faut prendre en compte et analyser les incidents et les accidents afin de pouvoir améliorer la qualité et réajuster le travail.
 - L'adéquation : Il faut que le soin soit adapté aux besoins du malade. Il faut prendre en compte les besoins et les problèmes du patient afin de lui apporter les soins nécessaires. Si cela n'est pas fait, on entrera dans une routine et les soins ne seront plus adaptés à la personne soignée.
 - L'efficacité : Il faut que les résultats obtenus répondent aux objectifs prévus. Les résultats sont significatifs de l'efficacité.
 - La permanence : c'est le critère de la permanence des soins. En effet il ne faut pas qu'il y ait de vide ou d'absences, ou au contraire des accélérations. Il faudra donc organiser les soins en conséquence.
 - La personnalisation : L'équipe effectue des soins à une personne réelle, il faut donc appeler le patient par son nom, et non par un numéro de chambre. Ceci permet d'évaluer la qualité des informations, leur recueil, leurs transmissions, elle permet de garantir la sécurité des soins.
 - La responsabilité : Afin d'évaluer son travail, le soignant doit être responsable de ses actions. En effet, pour évaluer la qualité des soins, il est nécessaire de savoir ce qu'il a fait, sur son rôle propre, rôle prescrit et rôle en collaboration.
- Nous avons vu ce qu'était la qualité des soins, ainsi que les critères pour permettre celle-ci. Nous allons voir le cadre législatif relatif à la qualité des soins.

3.2.4 Législation

Différents décrets et lois parlent de la qualité des soins. Je vais les énumérer, sans les développer.

- Décret du 12 Mai 1981, article 1 :

*« L'analyse, l'organisation et l'évaluation des soins infirmiers font partie de la fonction infirmière ».*²⁰

- Décret du 17 Juillet 1984 :

*« L'infirmière doit veiller à la bonne organisation des soins et engage sa responsabilité en cas d'accident dû à une mauvaise gestion des soins et à une organisation imprudente »*²¹.

- Décret du 15 Mars 1993

*« Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmière identifie les besoins du patient, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue ».*²²

²⁰ Décret n° 81-539 du 12 mai 1981

²¹ Décret n° 84-689 du 17 juillet 1984, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière

²² Décret n° 93-345 du 15 mars 1993, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière.

-Loi du 24 avril 1996 sur la réforme hospitalière, article 96.346 :

*« Afin d'assurer amélioration continue de la qualité des soins, tous les établissements de santé public et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation ».*²³

3.2.5 Evaluation de la qualité

Pour évaluer la qualité, il a été mis en place l'accréditation par la loi Juppé. C'est :

*« Une procédure d'évaluation externe à un établissement par des professionnels indépendants de l'établissement ou des organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques »*²⁴

L'accréditation assure la qualité et la sécurité des soins. Il y a différentes normes et différents référentiels pour mesurer la qualité. Elle se fait avec un organisme accréditant : l'ANAES

Cette agence développe l'évaluation des soins, et les pratiques professionnelles.

Elle a pour but d'améliorer continuellement la qualité, d'impliquer tout le personnel, d'être objective.

L'établissement de santé s'engage, il y a donc un contrat d'accréditation, puis l'ANAES vient visiter l'établissement, il y a ensuite un rapport par les experts puis il y a une diffusion du compte rendu de l'accréditation que tout le monde peut consulter.

4) HYPOTHESE

Je pose l'hypothèse suivante :

Les conditions de communiquer oralement c'est-à-dire le respect des critères de qualité de la communication et respect les critères de synthèse des informations contenu dans le dossier de soins du patient seront déterminantes pour faire des relèves de qualité qui permettront de respecter les critères de qualité des soins apportés aux patients.

Il faut déterminer le contenu. Pour une relève de qualité, il faut donner comme informations :

- Donner l'identité du patient, avec son âge, et son contexte de vie. La prise en charge ne sera pas la même si le patient à 5 ans ou 85 ans ;
- Indiquer le degré d'autonomie ;
- Préciser son motif d'hospitalisation ;
- Resituer le patient dans son hospitalisation ;
- Citer tous les soins qui ont été fait dans la matinée ainsi que les examens passés;
- Dire les résultats d'examen à récupérer ;

²³ Ordonnance n° 96-346 du 24 Avril 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée.

²⁴ Lauro, Sylviane – La démarche qualité en établissement de santé – Cour, IFSI de Digne-Les-Bains, juillet 2005, page 17.

- Enumérer les soins qui sont à faire dans l'après-midi, selon les transmissions écrites ;
- Enoncer les problèmes du jour du patient que l'on retrouve dans les cibles des transmissions écrites ;
- Dire ce qu'il a été dit lors de la visite médicale et dire les changements dans la prise en charge du patient ;

Je pense qu'en donnant toutes ces informations, on aura des relèves de qualité qui permettront par la suite de donner des soins de qualité.

Ensuite il faut que la communication respecte les critères que nous avons déjà vus.

Nous allons développer la méthode afin de tester hypothèse que je peux résumer ainsi :

La synthèse des transmissions écrites et les conditions environnementales déterminent la qualité des relèves et donc permettent des soins de qualité.

5) PLAN DE RECHERCHE

Nous allons voir la méthode utilisée pour tester hypothèse énoncée.

5.1 Choix de la méthode

Je vais utiliser la méthode expérimentale.

Elle repose sur le résultat d'une hypothèse théorique. L'hypothèse met en relation de cause à effet une ou plusieurs variables indépendantes, et une ou plusieurs variables dépendante.

5.2 Choix de l'échantillon

Afin d'affirmer mon hypothèse je vais effectuer une recherche sur la relève entre l'équipe de matin et celle d'après-midi, qui je pense est la plus importante de la journée car elle fait suite à la visite médicale et donc à de nouvelles informations.

Je vais effectuer ma recherche dans trois services de médecine où j'ai effectué ma pré enquête. Pour cela je vais observer la relève entre l'équipe de matin et celle d'après-midi. En notant les informations qui sont données à l'équipe arrivante. Je ferai ensuite remplir à chaque infirmière un questionnaire à la fin de son poste pour savoir si les informations qu'elle a reçues lui suffisaient pour permettre une bonne prise en charge de ses patients.

5.3 Choix des outils

Nous allons maintenant observer les différents outils utilisés pour mener à bien cette enquête.

5.3.1 La grille d'observation

Elle va me permettre d'observer et de noter des informations sur la relève. Je vais observer la relève entre l'équipe de matin et celle d'après-midi.

Je vais observer la relève de deux patients, pour que mon observation soit suffisante, je vais observer deux fois chaque service. Donc douze synthèses de transmissions écrites.

On retrouve la variable dépendante, qui ne change pas : les transmissions écrites exposées à l'oral, qui va être déterminée par trois variables indépendantes qui sont :

V1 : une communication de qualité

V2 : le support utilisé

V3 : Le contenu.

Je vais détailler les variables indépendantes

5.3.1.1 Variable indépendante 1 : une communication de qualité

Nous allons retrouver les conditions pour une communication de qualité, que nous avons déjà évoquées. Evaluer la qualité de la communication n'est pas évident. En effet en utilisant une grille d'observation, elle sera limitée. Nous allons donc choisir les critères qui sont évaluables.

La position de l'équipe :

- L'infirmière face à ses collègues ;
- L'infirmière dos à ses collègues ;
- L'infirmière debout ;
- L'infirmière assise.

Puis on notera la manière dont les transmissions sont communiquées en suivant les critères de bonne condition des transmissions orales

- Informations objectives : il faudra cocher oui ou non, si l'information donnée est objective, c'est-à-dire sans jugement ni a priori.
- Le vocabulaire approprié : noter si les termes utilisés sont médicaux, donc adapter à la situation.
- L'attitude non verbale : c'est-à-dire si la communication non verbale est en accord avec le discours.
- L'emploi du « je » : nous montrera si l'infirmière se responsabilise ;
- Les bruits : si les transmissions sont interrompues, ou gênées par du bruit;
- Les informations cohérentes : si les informations dites sont compréhensibles ou pas.

Ces éléments nous permettront d'analyser les conditions de communication, dans la limite de ce qui est observable.

5.3.1.2 Variable indépendante 2 : le support utilisé

Nous allons voir maintenant quel est le support employé pour la transmissions :

- Diagramme de soins ;
- Dossier de soins ;
- Planification murale ;
- Synthèse notée sur un papier.

Cela va nous permettre d'analyser les différents supports utilisés, et les résultats qui seront obtenus sur la qualité des transmissions (avec le questionnaire).

5.3.1.3 Variable indépendante 3 : le contenu

On notera ensuite les éléments donnés dans les transmissions :

- Identité du patient ;
- Age du patient ;
- Autonomie du patient ;
- Motif d'hospitalisation ;
- Problème du jour ;
- Changement de traitement ;
- Restituer le patient dans son hospitalisation ;
- Le devenir.

Les éléments énoncés me permettront de voir si toutes les informations importantes sont données, et si cela suffit à l'infirmière pour prendre en charge les patients.

5.3.2 Les questionnaires

Après avoir observé les transmissions écrites, les infirmières qui auront reçu les informations rempliront un questionnaire pour connaître leur ressenti, savoir si elles ont reçu toutes les informations nécessaires. Le questionnaire est composé de quatre questions fermées et une question ouverte.²⁵

Ensuite une analyse sera faite pour comparer les différentes transmissions observées, voir les éléments qui seront énoncés, les critères de communication et le support utilisé. Je comparerais avec les réponses des questionnaires.

²⁵ Annexe VI

Conclusion

Ce travail de recherche m'a permis de m'interroger sur ma future pratique professionnelle. Dans l'étude que nous avons vu, la relève est essentielle pour une bonne prise en charge du patient.

L'acte simple de transmettre à l'écrit ou à l'orale quotidiennement par l'infirmier est en faite très complexe :

- message transmis ;
- décodage de ce message ;
- l'impact de la subjectivité de l'émetteur ou récepteur ;
- parasites dans la communication ;
- l'aspect juridique ;
- l'intégration de ces messages oraux ou écrits dans le dossier de soins du patient pour s'inscrire dans une réelle démarche qualité.

L'infirmière ne peut s'interroger sur son rôle, mais elle n'est qu'un maillon d'une immense chaîne au service du patient. La continuité et le bon déroulement des soins passe par une information et une communication les plus pertinents et les plus concises possibles si nous voulons évaluer la qualité et la sécurité des soins.

La recherche infirmière ne cesse s'évoluer. Les techniques infirmières évolueront sûrement encore dans les années à venir. Peut être y aura-t-il de nouvelles méthodes pour le travail infirmier. Les transmissions écrites existent depuis dix ans...

Les transmissions orales sont essentielles à un travail de qualité.

Nous avons vu dans une première partie les transmissions écrites, les transmissions orales, et les supports qui peuvent servir à la relève. En suite nous avons vu ce qu'était la communication et la qualité.

Cette recherche m'a permis de me questionner sur les transmissions, et sur la qualité des soins du travail infirmier.

Les patients sont de plus en plus pris en charge hors des établissements hospitaliers, on parle aujourd'hui d'hospitalisation à domicile. La communication doit pouvoir sortir des murs de l'hôpital. La continuité des soins se fera hors des établissements, ce qui sera peut être complexe mais devra de toute façon répondre aux critères de qualités.

Bibliographie :

Revue et articles :

-Le Bars, Monique – **Les transmissions dans une recherche qualité**- Le cahier du management, n°62, page XI à

- Baurain Foy, Françoise- **Ecrire et transmettre : une question d'engagement ?**-Objectif soins, n°158, page 21 à 23

Livres :

-Collectif -**Le Robert**- Edition France loisir, Paris, 2002, 1891 pages.

- Cruchant, Lucien –**La qualité** – Collection Que sais-je ?, Edition PUF, Paris, 2000, 127 pages.

- Dancausse, Florence et Chaumat, Elisabeth – **Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins** – Collection Démarche soignant, Edition Masson, Paris, 2000, 182 pages

- Grojean, Michèle – **Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital** – Edition PUF, Collection Le travail humain, Paris, 1999, Page

- Jacquerye, Agnès – **La qualité des soins infirmiers** – Collection Sciences infirmières, Edition Malloine, France, 1999, 326 pages

- Montesinos, André – **Organiser des soins de qualité dans les services** – Edition Medsi Macgraw-hill, Collection Encyclopédie des soins infirmiers, 1991, Bayeux, 187 pages.

-Pascal, Annie et Frécon Valentin, Eliane –**Diagnostics infirmiers, interventions et résultats**- Collection Démarche soignante, Edition Masson, Paris, 2003, 605 pages.

Sites internet :

- Collectif – **Communication** – <http://fr.wikipedia.org/wiki/Communication>

- Collectif – **Communication** - <http://psychiatrieinfirmiere.free/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/communication.htm>

- Collectif – **Ecriture infirmière et qualité des soins** – http://www.serpsy.org/piste_recherche/ecrit_inf/anaes_ecriture5.html

- Winckler, Martin – **Qu'est-ce que la communication non-verbale ?** – http://martinwinckler.com/article.php3?id_article=461

Document non publié :

- Briançon, Sylvette – **Les transmissions ciblées : une écriture professionnel** – Cour, IFSI de Digne-Les-Bains, Septembre 2006.
- Brest, Gilles – **La qualité** – Cour, IFSI de Digne-Les-Bains, octobre 2006.
- Lauro, Sylviane – **La démarche qualité en établissement de santé** – Cour, IFSI de Digne-Les-Bains, juillet 2005, page 5, 17.

Textes législatifs et réglementaires :

- Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé public et modifiant certaines dispositions.
- Décret n° 81-539 du 12 mai 1981.
- Décret n° 84-689 du 17 juillet 1984, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière.
- Décret n° 93-345 du 15 mars 1993, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière.
- Ordonnance n° 96-346 du 24 Avril 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Annexe I : Article : « Les transmissions dans une recherche de démarche qualité »

Annexe II : « Décret du 29 juillet 2004 »

Annexe III : « Schéma de communication »

Annexe IV : « Comparaison entre normes de qualité du dossier de soins et des transmissions ciblées »

Annexe V : Grille d'observation

Annexe VI : Questionnaire