



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



École supérieure
du professorat
et de l'éducation
Académie de Nancy-Metz

MEMOIRE DE MASTER 2

**« Métiers de l'Enseignement, de l'Éducation et de la Formation
Ingénierie de la Formation de Formateur »**

L'ETUDIANT EN SOINS INFIRMIERS EN FIN DE FORMATION ET L'ERREUR D'ADMINISTRATION MEDICAMENTEUSE EN MILIEU HOSPITALIER

Présenté et soutenu par Sophie HELIAS

Dirigé par : Jean-Marc PARAGOT,
Enseignant Université de Lorraine,
Responsable Pédagogique Master Ingénierie de la Formation des Formateurs
Pédagogie clinique
Didactique et Métiers de l'Humain IDEKI.

Année Universitaire 2017-2018

REMERCIEMENTS

En préambule à cette étude, je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail de recherche ainsi qu'à la réussite de cette belle année universitaire.

En premier lieu, je remercie Monsieur Jean-Marc PARAGOT, enseignant à l'Université de Lorraine, en tant que Directeur de mémoire pour son accompagnement, son engagement, ses conseils, ses encouragements et sa disponibilité qui m'ont permis d'avancer et de construire ce travail.

Je remercie Madame Christine MEYER et l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation des Métiers de Santé du Nord Franche Comté pour leur contribution essentielle et leur soutien.

Je destine mes remerciements aux professionnels et à l'étudiante en soins infirmiers qui ont accepté de répondre à mes questions.

Je souhaite remercier Babeth et Cécile pour leur précieuse aide à la relecture et à la correction de ce travail.

Je remercie mes enfants Pierre-Louis et Hadrien, mes beaux-enfants Marianne, Myriam et Frédéric, pour leur patience, leurs encouragements et leur écoute.

A mon Père

A Pierre.

LISTE DES ABBREVIATIONS

AMP	Aide Médico Psychologique
CEFIEC	Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres
CREX	Comité de Retour d'EXpérience
DE	Diplôme d'Etat
DPI	Dossier Patient Informatisé
EHPAD	Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes
ESI	Etudiant en Soins Infirmiers
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IFMS	Institut de Formation aux Métiers de la Santé
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
PM	Prescription Médicale
QCM	Questionnaire à Choix Multiples
REMEDI	Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et aux Dispositifs Médicaux associés
SHAM	Société Hospitalière d'Assurance Mutuelle
TD	Travaux Dirigés
UE	Unité d'Evaluation
UI	Unité d'Intégration
5B	Bon médicament, Bon dosage, Bonne voie, Bon moment, Bon patient,

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
LE CADRE CONCEPTUEL OU THEORIQUE	4
1. L'ERREUR	4
1.1 L'erreur à l'école	4
1.1.1 Définition	
1.1.2 Origines de l'erreur	
1.1.3 Typologie de l'erreur	
1.1.3.1 Erreurs relevant de la compréhension des consignes	
1.1.3.2 Erreurs témoignant de conceptions ou représentations	
1.1.3.3 Erreurs liées aux opérations intellectuelles impliquées	
1.1.3.4 Erreurs liées à une surcharge cognitive trop importante	
1.1.3.5 Erreurs ayant leur origine dans une autre discipline	
1.1.3.6 Erreurs issues de la complexité du contenu	
1.2 L'erreur d'administration médicamenteuse à l'hôpital	9
1.2.1 Définition	
1.2.2 Origines de l'erreur médicamenteuse	
1.2.3 Typologie de l'erreur médicamenteuse	
1.2.3.1 Les erreurs cognitives	
1.2.3.2 Les erreurs sensori-motrices	
1.2.3.3 Les erreurs d'attitudes	
1.2.3.4 Interruption des tâches	
1.2.3.5 Conditionnement trompeur	
1.2.3.6 Non-respect des étapes de l'administration médicamenteuse	
1.2.4 Culture de la sécurité des soins	
1.2.5 Déclaration d'événements indésirables	
2. LA DIDACTIQUE PROFESSIONNELLE	17
2.1 Définition	17
2.2 Principe de la didactique professionnelle	18
2.3 Fondement de la didactique professionnelle	19
2.3.1 Psychologie ergonomique ou psychologie du travail	
2.3.2 Didactique des disciplines	
2.3.3 Psychologie du développement	
2.4 Accéder à l'activité	23

3. L'ACCOMPAGNEMENT	24
3.1 Législation	24
3.2 Origine du mot accompagnement	25
3.3 Des mots pour le dire	25
3.4 Les visées de l'accompagnement	29
3.5 Les modalités et les gestes de l'accompagnement	31
3.6 Les limites de l'accompagnement	33
 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	 35
1. REVUE DE LITTERATURE INITIALE	35
 2. RECHERCHE SUR LE TERRAIN	 38
2.1 Les méthodes	38
2.1.1 La population	
2.1.2 Le contenu des entretiens	
2.1.3 Institutionnalisation de la recherche-action	
2.1.4 Le prescrit explicite	
2.1.5 Les temporalités à l'œuvre	
2.1.6 Exploration du cadre fonctionnel REMED	
2.1.7 Le cadre des entretiens	
2.1.8 Les garanties théoriques de la menée des entretiens	
2.1.9 Les formes du recueil	
2.2 Déroulement et analyse des moments d'entretiens	43
2.2.1 Les premières expériences	
2.2.2 Les entretiens téléphoniques	
2.2.3 Entretien avec le cadre de santé	
 RESULTATS DE L'ENQUETE.....	 46
1. L'ERREUR	46
1.1 Culture de l'erreur	47
1.2 Les causes de l'événement	48
1.2.1 Délégation des tâches	
1.2.2 Charge mentale élevée	
1.2.3 Posture réflexive peu développée	
1.2.4 Absence de vérification	
1.2.5 Erreurs de calcul de dose	
1.2.6 Erreurs de lisibilité de la prescription médicale	
1.2.7 Interruption des tâches	
1.3 La déclaration de l'événement indésirable	50
1.3.1 Un éclairage sur la procédure	
1.3.2 Ce qui empêche	
1.3.3 Les limites	

1.3.3.1	<i>La nécessité de réunir tous les membres du comité (CREX)</i>	
1.3.3.2	<i>La présence de l'étudiant au comité</i>	
1.3.3.3	<i>La décision de la pharmacienne</i>	
2.	LA DIDACTIQUE PROFESSIONNELLE	53
2.1	Un outil pour comprendre son erreur	53
2.2	TD « Sherlock Holmes »	55
2.3	TD « calcul de dose »	56
2.4	La chambre des erreurs	57
3.	L'ACCOMPAGNEMENT	58
3.1	Le cadre	58
3.2	La temporalité	59
3.3	Le contenu des échanges.....	59
3.4	Les difficultés émergentes	61
3.4.1	L'imprévu	
3.4.2	La réitération de l'erreur	
3.5	Les limites	62
3.5.1	Non déclaration ou déclaration tardive de l'erreur	
3.5.2	Absence de traçabilité	
3.5.3	Contexte psychoaffectif et social des ESI et limite de la substitualité	
3.5.4	Contexte socio-économique	
	ANALYSE DES RESULTATS ET PERSPECTIVES	65
1.	LA CULTURE DE LA SECURITE DES SOINS EST-ELLE FECONDE ?	65
1.1	Une préoccupation partagée	65
1.2	Perspectives	69
2.	EN FORMATION, PORTE-T-ON UN INTERET DIDACTIQUE A L'ERREUR ? COMMENT ?	70
2.1	Analyse de la pratique	70
2.2	Un dispositif de formation qui retient mon attention	75
2.3	Perspectives	76
3.	ACCOMPAGNEMENT ET SITUATION D'ERREUR : UNE SITUATION COMPLEXE ET DIFFICILE POUR LE FORMATEUR	77
3.1	Distance de professionnalité et formateur	78
3.2	Perspectives	81
	CONCLUSION	81
	BIBLIOGRAPHIE	86

INTRODUCTION

Les étudiants en soins infirmiers se forment à l'institut et au chevet du malade en sachant que l'erreur est possible et ce malgré la cinquantaine d'unités d'enseignement dispensées sous forme d'apprentissages théoriques, de travaux dirigés et pratiques ou encore d'exercices de simulation. L'hôpital, un de leurs nombreux terrains de stage, génère des risques : sur le territoire national on n'y déplore pas moins de 1000 événements indésirables graves (EIG) par jour (SHAM 2009).

Tous les Instituts de Formation ont été confrontés à des erreurs causées par leurs étudiants en stage et notamment à des erreurs d'administration médicamenteuse. Sur le terrain, l'erreur de l'étudiant en soins infirmiers produit un véritable « tsunami » au sein du service et de l'institut de formation. Elle ne conduit pas systématiquement à la mise en place d'un processus de traitement de l'erreur initié par la Haute Autorité de Santé (HAS). Quand il a lieu, il s'installe dans l'urgence et bouscule l'organisation du travail du formateur qui doit accompagner, dans l'urgence, la deuxième victime de la situation après le patient : l'étudiant.

Cet évènement est d'autant plus critique et perturbant pour l'apprenant et le formateur lorsque l'erreur d'administration médicamenteuse est commise par un ESI troisième année au sixième semestre de sa formation, c'est-à-dire à l'aube de l'obtention de son Diplôme d'Etat et de son immersion en tant que professionnel autonome et responsable dans un service de soin.

Il y a quatre ans, au début de ma carrière de formateur au sein de la filière infirmière, c'est une erreur réalisée par un étudiant infirmier troisième année au semestre six qui a fait événement. Devant cette situation inattendue et jamais explorée, je me suis retrouvée dans une posture d'accompagnante déstabilisée et dépourvue de moyens face à un étudiant dérouté par la situation. Paul¹, dont les résultats théoriques sont plutôt satisfaisants, avec une moyenne de 14/20, réalise une erreur d'administration médicamenteuse et une erreur d'identité-vigilance. A la suite de cette erreur, le Cadre de Santé du service me prévient de l'évènement et souhaite me rencontrer rapidement dans son service avec l'étudiant et sa tutrice. C'est alors que je découvre un étudiant pâle et angoissé qui va tenter de relater la survenue de son erreur et d'en faire une

¹ Pour respecter les règles de confidentialité, le prénom de l'étudiant a été changé

première analyse. Il explique qu'il accompagne l'infirmière dans une chambre double pour réaliser une administration d'antibiotique par voie veineuse prescrite à minuit. Soit 1g d'Augmentin© à Mr G. et 1g de Céphalosporine© à Mr M. Alors que celle-ci est interpellée par un patient très algique, elle demande à Paul d'administrer le traitement « au patient côté porte ». Le traitement est posé sur le plateau parmi d'autres traitements injectables qu'elle a déjà préparés. Après avoir vérifié le nom du patient et la prescription sur le dossier patient informatisé, Paul pose la perfusion en se trompant d'antibiotique et de patient. Puis il trace son geste sans se rendre compte de son erreur. C'est l'infirmière qui a relevé l'erreur en voyant que l'antibiotique qui aurait dû être posé est encore sur le plateau.

A la suite de cet entretien, la cadre de santé m'informe de la déclaration de l'erreur auprès du service responsable de la gestion des risques et qu'un temps d'analyse de l'erreur (CREX) est planifié en vidéo-conférence avec l'infirmière tutrice, le responsable du service qualité, la pharmacienne, elle-même et l'étudiant qui devra présenter son analyse. Quelques jours plus tard, je me suis retrouvée en position de double inconfort devant un écran géant, un étudiant très mal à l'aise, une procédure que je ne connaissais pas, dans une posture de formateur que je ne maîtrisais pas. Je suis assez impressionnée par le côté austère de la situation. Devant les questions posées, je gère tant bien que mal le regard angoissé de Paul qui passe de l'écran à moi. J'essaie d'adoucir le contexte par un regard bienveillant, sans pour autant minimiser la situation. A la suite de cette procédure, je me suis retrouvée à improviser un accompagnement délicat et peu ordinaire avec des moyens que j'ai puisés dans ma personnalité car bien que l'institut de formation assume une culture de l'erreur, je n'avais aucune idée de son contenu. De plus, il m'a manqué le retour d'analyse du CREX pour assurer un accompagnement adapté pour permettre à l'étudiant d'apprendre de son erreur.

Dans le milieu du soin, l'erreur n'est pas autorisée alors que l'on sait qu'elle peut se produire. Christophe DEJOURS, auteur de l'ouvrage « le facteur humain » analyse les notions de défaillance humaine en situation de travail et de gestion des ressources humaines dans les conduites à risques. Il explique que l'erreur n'est pas toujours évitable. « Une situation de travail ne peut pas être entièrement caractérisée et il faut faire une place non seulement à l'incidentel, éventuellement au prédictible, mais aussi à l'inconnu, à l'imprévisible, à ce qui n'est pas connu. »

Malgré toutes les limites présentées par la réalité de l'erreur en situation de stage professionnalisant, n'y aurait-il pas à comprendre l'erreur comme une occasion de former l'étudiant infirmier et de transformer la situation d'erreur en stage en situation d'apprentissage ?

Pour y répondre, je me suis appuyée sur des recherches théoriques et conceptuelles autour de trois axes : l'erreur, la didactique professionnelle et l'accompagnement. Puis j'ai élargi cet éclairage théorique par une recherche empirique en réalisant des entretiens semi-directifs auprès de sept formateurs issus d'instituts de formation différents, un étudiant infirmier troisième année et auprès d'un Cadre de Santé responsable de la gestion des risques. Il s'agissait pour moi d'enquêter sur l'erreur commise au chevet du patient par un étudiant infirmier en fin de formation, d'explorer les modèles didactiques existants pour comprendre cette erreur d'administration médicamenteuse et en empêcher sa récurrence. J'ai souhaité également interroger le sens donné à culture de l'erreur ou culture de la sécurité des soins au sein des instituts de formation mais aussi au sein du service gestion des risques sensé appliquer les mesures en lien avec la qualité et la sécurité des soins. Puis j'ai également questionné la nature de l'accompagnement dans ce contexte d'erreur en fin de formation.

A partir de ces considérations, je présenterai, dans un premier temps, une mise en perspective théorique et conceptuelle autour de trois axes en lien avec la problématique d'erreur d'administration médicamenteuse réalisée à l'hôpital par un étudiant infirmier en fin de formation : l'erreur, la didactique professionnelle et l'accompagnement. Ces axes constitueront le squelette de mon travail de recherche.

Dans un deuxième temps, je développerai la méthode utilisée. Dans un troisième temps, je présenterai les résultats et l'analyse de ma recherche en la confrontant au cadre conceptuel. Je tenterai de définir des perspectives appropriées aux trois axes de ma recherche.

LE CADRE CONCEPTUEL OU THEORIQUE

1. L'ERREUR

L'erreur est multiforme, obsédante, redoutée et source d'angoisse. Depuis Socrate, l'erreur questionne et revêt des statuts différents. Considérée comme un « raté » de l'apprentissage pendant très longtemps, ce statut négatif de l'erreur qui la rend regrettable et regrettée s'efface depuis une quinzaine d'années pour lui attribuer un statut positif et créateur. Désormais, dans le milieu scolaire, elle est reconnue comme indissociable de l'acte d'apprendre et devient un outil pour enseigner (ASTOLFI, 1997). En effet, ASTOLFI considère l'erreur comme un indicateur des tâches intellectuelles que l'élève réalise et des obstacles qu'il rencontre. Il utilise les différentes typologies de l'erreur pour modifier l'approche didactique de l'apprentissage.

Dans le domaine de la santé, elle est considérée comme une erreur humaine porteuse de préjudice auprès du patient. L'émergence d'une culture de l'erreur au sein des établissements de soins et des Instituts de Formation aux Métiers de la Santé montre l'intérêt qu'on lui porte pour réduire sa survenue.

A partir de ce constat, je me pose différentes questions concernant cette erreur utile dont on parle à l'école et depuis peu de temps dans le champ professionnel de la santé. Comment peut-on définir l'erreur ? Quelles sont ses origines et sa typologie ? L'erreur à l'école et l'erreur dans les soins ont-elles des points communs ? Comment sont-elles traitées lorsqu'elles surviennent à l'école ou sur le terrain ? Que fait-on de l'erreur ?

1.1 L'erreur à l'école

1.1.1 Définition

De nombreux chercheurs s'accordent à dire que l'erreur est un indicateur de réussite et qu'elle doit sortir de l'ombre pour mieux être appréhendée et utilisée dans le domaine de la didactique.

James REASON, de son point de vue d'ergonome, définit l'erreur comme « un événement qui couvre tous les cas où une séquence planifiée d'activités mentales ou physiques ne parvient pas à ses fins désirées et quand ses échecs ne peuvent être attribués au hasard ». Pour lui, L'erreur est indissociable de la notion d'intention qui réunit l'idée du but à atteindre et celle des moyens à mettre en œuvre pour y parvenir. REASON considère le sujet dans son activité mais s'intéresse également à toutes les défaillances de l'organisation (LAROUZEE. J, 2015).

Du point de vue sociologique, ASTOLFI (ASTOLFI, 1997) part de l'étymologie latine du terme « erreur » qui signifie au sens propre « errer çà et là », « s'égarer », et au sens figuré « s'écarter de la vérité » « se tromper ».

Si le parcours dans l'acquisition des savoirs peut être jalonné de tâtonnements, d'hésitations, de tentatives d'oser faire seul, alors « Apprendre » « est bien un risque de se tromper ». Par conséquent l'erreur a sa place dans l'apprentissage des savoirs. Selon l'auteur, l'erreur renvoie à un processus car l'apprentissage a un caractère évolutif qui peut être influencé par l'environnement et le niveau cognitif de l'apprenant.

Pour en comprendre son acception, il explique l'évolution du statut de l'erreur à l'école au travers des différents modèles d'apprentissages. Dans un modèle transmissif l'élève doit intégrer les savoirs en faisant preuve d'attention et de concentration. S'il n'y parvient pas, son échec sera associé à une « faute » sanctionnée par un traçage souvent habillé de rouge. Dans ce modèle, l'erreur n'est pas acceptable, elle est rejetée.

Dans le modèle comportementaliste, l'élève est guidé pas à pas dans l'apprentissage des consignes et des différentes étapes qui l'amènent à l'acquisition des savoirs. Dans ce cas, l'erreur ne devrait donc pas survenir. Son apparition est considérée comme un « bug » qui est davantage représentatif d'un dysfonctionnement des méthodes d'apprentissage de l'enseignant. Elle remet donc en cause les pratiques enseignantes. Dans ces deux cas, l'erreur a un statut négatif.

Le modèle constructiviste, en forte progression dans le système scolaire, confère à l'erreur un caractère positif par rapport aux deux modèles précédents. Il s'agit de ne plus évacuer l'erreur mais de la rendre visible en essayant de comprendre sa cause et son processus d'apparition pour mieux la traiter et l'éviter. Ainsi, selon BACHELARD et PIAGET, cités dans l'ouvrage de l'auteur, les erreurs sont des symptômes à prendre en compte dans l'apprentissage des savoirs.

BACHELARD associe les symptômes à des *obstacles* liés aux apprentissages. Il s'agit de « se méfier de l'incertitude de l'intime » ou de ce que l'on croit profondément. Puis,

l'excès de connaissances empêcherait d'en construire des nouvelles. L'auteur caractérise ces obstacles comme « un tissu d'erreurs construites et solidaires qui résistent à la réfutation ».

PIAGET associe ce symptôme à une mauvaise interprétation de l'organisation des schèmes, partie non visible du raisonnement. Les schèmes correspondent à une structure générale commune d'un ensemble d'actions qui se transfèrent et se généralisent dans la répartition d'une même action. Ils se conservent dans leurs répétitions et se consolident par l'exercice. Ces déséquilibres sont reconnus moteurs d'un déclenchement de réussite à condition de les considérer.

Daniel DESCOMPS donne une définition de l'erreur plus opérationnelle dans le champ des apprentissages et l'identifie à « un processus non conforme au contrat. Le processus étant lié étroitement à la production de sens, à l'état du moment du sujet et au contexte de réception » (RISTEA, 2006). L'erreur serait à l'origine du non-respect des règles du contrat mais encore faut-il que l'apprenant ait été informé des règles.

Les auteurs reconnaissent donc que l'erreur témoigne d'un processus de développement intellectuel en cours et qu'elle mérite un regard attentif et une analyse pertinente pour adapter le processus d'apprentissage.

1.1.2 Origines de l'erreur

Les analyses en psychologie cognitive montrent que « l'une des premières sources d'erreur, sans doute la plus résistante, tient à l'efficacité même de notre fonctionnement cognitif. » (FAYOL, 1995). Ainsi, la compréhension du processus de survenue de l'erreur nécessite de s'intéresser à l'activité mentale sous-jacente à la réalisation d'une action.

REASON et FAYOL s'accordent à dire qu'il y a trois grandes sources d'erreur qui, lorsqu'elles sont diagnostiquées, facilitent la résolution des difficultés rencontrées auprès des apprenants. Ces sources d'erreurs ont un rapport avec les connaissances déclaratives, procédurales et celles liées aux problèmes de gestion en temps réel de l'activité complexe.

Concernant les connaissances déclaratives, les auteurs expliquent que l'apprenant qui est en interaction avec son environnement, développe des modèles mentaux pour s'adapter aux situations du moment. Or, s'il ne prend pas en compte la totalité des

détails de la situation ou s'il possède un modèle mental incomplet, alors ces causes sont suffisantes pour induire une erreur.

Les sources d'erreurs liées aux connaissances procédurales concernent la situation de résolution de problème. L'apprenant va vérifier s'il a déjà rencontré cette situation puis dans le cas où il n'a pas appris ce mode de résolution ou s'il ne s'en souvient plus, il va donc appliquer une règle fautive ou appliquer de manière erronée une bonne règle. Ce type d'erreur peut se compliquer également d'une mauvaise interprétation des indices. Les erreurs liées aux problèmes de gestion en temps réel de l'activité complexe peuvent apparaître malgré la maîtrise des savoirs et des procédures du fait de l'incapacité du sujet à gérer ses activités cognitives dans une situation qui requiert une attention particulière.

1.1.3 Typologie de l'erreur

Selon ASTOLFI, l'erreur est bien un indicateur pour comprendre le processus d'apprentissage. Pour en faire un outil fiable et utilisable, l'auteur s'est intéressé à classer les erreurs selon six typologies portant sur la connaissance en y associant des axes de médiation et remédiation.

1.1.3.1 Erreur relevant de la compréhension des consignes

Outre les problèmes de lexique dont le sens peut varier selon les disciplines (fonction, signes...) les verbes d'action employés dans le questionnement (analyser, argumenter, expliquer, interpréter...) ne sont pas toujours « transparents » pour l'apprenant. Il n'en connaît pas toujours le sens et donc l'action à mener. Sont également premières sources d'incompréhension, les difficultés de savoir ce qui est attendu, les difficultés de lecture des énoncés et celles à situer la question dans la consigne qui n'est pas toujours sous une forme interrogative. Pour apprendre à mieux lire les consignes, l'auteur propose une série d'actions. Il s'agit, par exemple, de faire identifier les données utiles, de faire reconnaître les données manquantes, de classer et justifier les consignes relatives aux données dans l'ordre de résolution, de faire surligner de couleurs différentes les données et opérations à effectuer, de faire identifier les étapes à la résolution de problèmes ou encore de faire reformuler les consignes.

1.1.3.2 Erreurs témoignant de conceptions ou représentations

Les enfants construisent des systèmes cohérents d'explicitation et de représentation du monde qui sont parfois résistants aux efforts d'enseignements. Les obstacles surviennent lorsque l'apprenant utilise ses conceptions pour se donner des explications par rapport au problème donné. Pour y remédier, l'auteur suggère d'identifier les représentations de l'apprenant en passant par l'utilisation du dessin complété de légendes et par la mise en place d'un débat socioconstructiviste autour de la compréhension de la tâche.

1.1.3.3 Erreurs liées aux opérations intellectuelles impliquées

Certains concepts sont difficiles à construire et demandent un effort d'abstraction. Les erreurs sont liées à la diversité des opérations intellectuelles dont le choix mobilisé dans la résolution de problème est parfois inadapté. Faire représenter ce qui est demandé, prendre le temps de repérer les acquis ou les manques, faire analyser les différences entre les exercices d'apparence proche permettraient d'y remédier.

1.1.3.4 Erreurs liées à une surcharge cognitive trop importante

La mémoire étant au cœur des apprentissages, il apparaît que la charge cognitive d'une activité est souvent sous-estimée au regard des savoirs questionnés dans un seul exercice. L'exemple de l'exercice rédactionnel illustre cette difficulté à chercher et à organiser des idées tout en vérifiant l'orthographe et la syntaxe. Dans cette situation de surcharge cognitive, les apprenants ne parviennent pas à retenir et à mobiliser les enseignements antérieurs. Ils ne savent plus mobiliser ce « qu'ils ont su ou ce qu'ils ont su faire dans une situation semblable. » Pour y remédier, un climat dépourvu de stress faciliterait la récupération des moyens de l'apprenant. Puis, concernant leur impossibilité à fixer leur attention il s'agirait de passer par des centrations successives sur des sous-tâches plus facilement assimilables.

1.1.3.5 Erreurs ayant leur origine dans une autre discipline

Ces erreurs révèlent des difficultés à transférer les connaissances ou les compétences d'une discipline à l'autre. Or ce transfert n'est pas naturel et demande à l'apprenant de pratiquer un travail de changement de cadre.

Faire rechercher dans quelles situations le transfert de ce qu'ils ont appris ou appris à faire est possible, les aider à élaborer des outils (méthodologiques, mentaux) transférables d'une situation l'autre sont des pistes possibles pour corriger cette erreur.

1.1.3.6 Erreurs issues de la complexité du contenu

Il s'agit de remettre en cause la didactique de l'enseignement en questionnant la psychologie de l'apprenant, la pertinence des savoirs à mobiliser et les méthodes utilisées. Elle questionne les savoirs, savoir-être, savoir-faire et savoir-apprendre de l'apprenant ainsi que les méthodes et contenus imposés par les programmes.

ASTOLFI montre donc que l'identification des différentes formes d'erreur est nécessaire et utile pour comprendre la survenue de l'erreur et adapter un processus d'apprentissage en fonction de la nature des erreurs.

A la lumière de ces éléments spécifiques, il me paraît donc envisageable et pertinent d'explorer l'identité de l'erreur d'administration médicamenteuse et les moyens mis en place pour la reconnaître et limiter sa survenue dans de contexte à risques.

1.2 L'erreur d'administration médicamenteuse à l'hôpital

1.2.1 Définition

Le dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse (SCHMITT, 2006) en donne la définition suivante : « L'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. »

Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé (HAS, 2016) définit l'erreur médicamenteuse comme « un événement iatrogène médicamenteux évitable résultant d'un dysfonctionnement non intentionnel sur le processus de soins. Il peut y avoir une

atteinte sur le patient qui suppose un niveau de gravité pour le patient ou une absence d'atteinte sur le patient qui suppose un risque. Il s'agit d'une erreur humaine réalisée par un professionnel de santé lors de la réalisation d'un acte de soin au plus près du patient ». Si l'erreur médicamenteuse questionne le processus de réalisation du soin, alors cette approche s'apparente à la théorie d'ASTOLFI qui questionne le processus d'apprentissage par le biais de l'erreur.

Éric GALAM, (GALAM, Revue du praticien, 2005) médecin généraliste, explique que l'erreur peut survenir à chaque instant de la prise en charge d'un patient. Elle est vécue, par le médecin, comme une épreuve à l'issue de laquelle il ne sort pas indemne. Il explique qu'elle peut se décliner sous la forme d'une *erreur* lorsqu'elle correspond à un dysfonctionnement évitable, sous la forme d'un *reproche* lorsqu'elle sous-tend une critique voire une approche juridique engagée par le patient et sous la forme d'une *faute* lorsqu'elle est liée à la négligence ou à l'acte volontaire. Dans ce dernier cas, elle induit une sanction judiciaire.

Les erreurs médicamenteuses sont fréquentes, potentiellement graves et coûteuses au regard des conséquences portées sur le patient et des suites médicales qui s'en suivent (RIVIERE, 2013). Les résultats d'une enquête menée sur le territoire national, en 2009, ne comptaient pas moins de 395000 événements indésirables déclarés sur une année. L'erreur médicamenteuse représentait 20 % des événements indésirables graves à l'hôpital dont 60% étaient appréciés évitables. A lui seul, ce constat justifie ma réflexion initiale que l'erreur est une réalité et qu'elle n'est pas suffisamment questionnée en formation pour apprendre à l'éviter et aider l'étudiant à la supporter.

L'administration médicamenteuse étant une prescription médicale, elle relève bien de la responsabilité de l'infirmier et de l'étudiant. En cas d'erreur leur responsabilité est par conséquent engagée. L'étudiant n'est en aucun cas irresponsable même avec un statut d'apprenant. Il pourrait lui être reproché de ne pas s'être renseigné sur les procédures ou les connaissances à maîtriser avant de réaliser l'acte.

Pour comprendre le processus, il est donc nécessaire d'exploiter les origines de l'erreur médicamenteuse sur le modèle d'ASTOLFI.

1.2.2 Origines de l'erreur médicamenteuse

La SHAM², premier assureur responsabilité civile en France, a réalisé entre 2010 et 2015 une étude sur la nature et les causes des erreurs médicamenteuses qui ont débouché sur un règlement judiciaire. L'analyse de 31 dossiers a permis de dégager l'origine des erreurs. Elles font suite à un problème de surveillance (effets secondaires d'un nouveau traitement, extravasation de la voie veineuse...), à une erreur dans le processus d'injection (procédure, rupture de la chaîne du soin), à une erreur liée au surdosage (prescription médicale, préparation), à une allergie (produit de contraste dans les ¾ des cas), à une administration de médicaments contre-indiquée et à l'omission d'administration médicamenteuse.

1.2.3 Typologie de l'erreur médicamenteuse

Pour comprendre la survenue de l'erreur dans le domaine médical et pour éclairer le médecin sur la gestion de l'erreur, P. KLOTZ a classé les erreurs médicales en trois catégories : les erreurs cognitives, les erreurs sensori-motrices et les erreurs d'attitudes (GALAM, L'erreur médicale, 2003). Les contextes d'urgence, de partage des tâches, d'organisation et de planification du travail et les rapports d'influence entre professionnels mais aussi entre patients et professionnels sont à prendre en compte dans la typologie de l'erreur.

1.2.3.1 Les erreurs cognitives

Les erreurs cognitives sont relatives à un défaut de mémorisation et se caractérisent par l'oubli, l'ignorance ou des difficultés de restitution des connaissances acquises ou de renouvellement des savoirs. Elles se caractérisent également par un défaut de raisonnement dans l'analyse des données patients, du diagnostic, des prises de décision et dans l'exécution des décisions (erreurs par excès, erreur de délai...)

² Société hospitalière d'assurance mutuelle

1.2.3.2 Les erreurs sensori-motrices

Les inaptitudes physiques, des défauts de prédispositions, un manque d'entraînement, un matériel inadapté et la complexité de l'acte à réaliser auprès du patient sont identifiés comme erreurs sensori-motrices.

1.2.3.3 Les erreurs d'attitudes

Elles sous-tendent des problèmes affectifs, caractériels, culturels, linguistiques, éthiques, de gestion et de coordination des soins. Le mode de réaction à l'erreur comme la fuite par l'oubli, le rejet de la responsabilité, la distanciation ou au contraire l'introjection sont également générateurs de l'erreur. Des facteurs circonstanciels peuvent potentialiser ces problèmes tels que l'environnement, les facteurs liés aux patients, la relation entre les deux protagonistes, la surcharge de travail.

D'autres articles abordent les origines de l'erreur médicamenteuse au niveau du rôle infirmier. Des similitudes sont observées avec le classement précédent mais d'autres sources d'erreur apparaissent en lien avec les différentes étapes de distribution des médicaments. Effectivement, cet acte sur prescription médicale revêt un caractère complexe au regard des différentes étapes liées à distribution des médicaments et à son contexte. Lors de cette activité, l'infirmier n'est pas un exécutif de la tâche, il doit être en mesure de mobiliser ses connaissances, analyser, vérifier et faire preuve de réflexivité tout en réalisant la tâche. Malgré l'élaboration de procédures s'appuyant sur la gestion des risques et initiée par les ordonnances JUPPE de 1996 (JUPPE, 1996) et le plan hôpital 2007 (REDHON, 2006), les erreurs persistent à différents niveaux.

1.2.3.4 Interruption des tâches

L'interruption des tâches dans les soins est pourvoyeuse de risque et porte atteinte à la sécurité des patients. Elle se définit comme « tout événement non prévu entraînant une pause dans la réalisation de la tâche en cours » déclenché le plus souvent par le téléphone ou l'appel d'un des membres de l'équipe pluridisciplinaire. Une enquête réalisée auprès des infirmiers montre que 80% des professionnels n'évaluent pas l'interruption de tâche dans leur activité car ils l'intègrent dans leur pratique quotidienne. Les lieux d'interruption identifiés comme étant les plus porteurs de risques sont la pharmacie du service et la salle de soins. (PERIGAULT, 2016). Afin de

remédier à cette source d'erreur, des signalements ont été instaurés comme les pancartes et les gilets destinés aux soignants en action, portant l'inscription « ne pas déranger, soins en cours ». L'opacification des fenêtres de la pharmacie est également une mesure de prévention contre l'erreur.

1.2.3.5 Conditionnement trompeur

Certains médicaments ont une présentation similaire comme les ampoules d'électrolytes ou les flacons de remplissage. Si l'infirmier ne prend pas le temps de lire le nom du médicament, l'erreur devient tout à fait possible.

1.2.3.6 Non-respect des étapes de l'administration médicamenteuse

Le bon usage du médicament correspond à l'optimisation des rapports bénéfice/risque et coût/efficacité pour le patient et la société. L'atteinte de cet objectif est formalisée par « la règle des 5B » introduite par l'HAS. Elle s'apparente au respect des verrous de sécurité concernant le circuit du médicament. Il s'agit d'administrer le Bon médicament, au Bon patient, au Bon moment, à la Bonne dose et par la Bonne voie. Une règle d'apparence simple et facile d'utilisation mais l'article de L. SCHWEYER montre la complexité à enseigner la pharmacologie en IFSI, vécue comme rébarbative et stressante par les étudiants (SCHWEYER, 2016). L'auteur mesure l'écart entre le travail prescrit et le travail réalisé.

L'application de cette règle nécessite et s'accompagne de multiples vérifications qui, si elles ne sont pas scrupuleusement respectées, menacent la sécurité du patient. Elle impose une *lecture*, une *compréhension* et une *vérification* de la prescription médicale, une *mobilisation* des connaissances en lien avec les thérapeutiques et la pathologie, une *lecture* des étiquetages et une *observation* de l'intégrité du médicament, une *identification* fiable de la voie d'administration, une *réalisation* avec exactitude d'un calcul de dose quand c'est nécessaire, une *vérification* de l'identité du patient, une *planification* des éléments de surveillance du traitement administré, l'*application* des règles d'hygiène et d'asepsie, l'*observation* clinique du patient... Cette activité requiert donc des compétences multiples qui vont bien au-delà de la simple exécution et met en évidence une importante surcharge cognitive repérée dans les travaux d'ASTOLFI. Chaque étape de la prise en charge médicamenteuse peut donc être source d'erreur.

D'après les données de la SHAM, les calculs de doses sont une source d'erreur lors de l'administration des traitements. Le métier d'infirmier requiert des compétences en arithmétique et la maîtrise de cette discipline est une préoccupation permanente au sein du programme de formation pour assurer la sécurité du patient. L'unité d'enseignement « pharmacologie et thérapeutiques » recommande de réaliser des dosages, des dilutions et des préparations de médicaments dès la première année. Une étude anglo-saxonne (HALL, 2010) montre qu'il n'existe pas de normes des bonnes pratiques nationales et internationales permettant d'évaluer les compétences arithmétiques nécessaires à l'administration des médicaments. Les auteurs émettent l'idée de développer une méthode consensuelle permettant d'explicitier les règles d'arithmétique et d'en faciliter l'acquisition et ainsi remplacer les critères nombreux et subjectifs retrouvés dans les évaluations.

Malgré les verrous de sécurité mis en place, les bracelets d'identification des patients, les dossiers de soins informatisés, les chambres des erreurs, les déclarations d'événements indésirables montrent que l'erreur subsiste. Les recherches en vue de faire reculer ce risque se poursuivent avec notamment l'apparition de code couleur associé aux dosages de certains médicaments à risque.

Selon HIPPOCRATE « la meilleure attitude pour se tromper le moins serait un premier pas vers la culture positive ». Je propose de voir ce que cela pourrait apporter dans le domaine de l'erreur au lit du patient.

1.2.4 Culture de la sécurité des soins

Après avoir cultivé le silence et l'aveuglement, la culture positive de l'erreur se développe. Selon l'HAS (décembre 2010) « Améliorer la qualité des soins est un enjeu pour les établissements de santé. Elle apparaît dans les critères de la certification des établissements dès 2010. Son évaluation et son développement visent à réduire les dommages liés et à développer une culture de la sécurité des soins » (HAS, 2010).

Selon la Société Européenne pour la Qualité des Soins, la culture de la sécurité des soins désigne « un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur les croyances et les valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins » (HAS, 2010). L'appropriation de la culture de la sécurité des soins auprès du personnel soignant se mesure à l'aide d'un questionnaire centré sur la déclaration

d'erreur et sur une méthode qualitative. Aux Etats-Unis, une étude réalisée (HAS 2010) dans 80 unités de soins issues de 42 établissements différents montre que plus la culture de sécurité des soins est élevée moins il y a d'erreur médicamenteuse.

Reste à développer ce concept récent de la culture de la sécurité des soins par la formation des professionnels, les visites hiérarchiques de sécurité dans les services de soins et l'analyse de scénarios cliniques d'événements indésirables survenus dans d'autres établissements que celui des formés (HAS, 2011).

Admettre son erreur et faire des efforts pour y remédier serait l'attitude la plus efficace dans la lutte contre les erreurs. Cette posture est envisageable au regard de la culture de la sécurité des soins qui ne s'oriente pas vers un jugement du professionnel mais bien vers la mise en place d'actions d'amélioration pour que les erreurs ne se reproduisent pas.

1.2.5 Déclaration d'évènements indésirables

La loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé oblige tous les professionnels à signaler à l'autorité administrative compétente les événements indésirables graves liés aux soins.

Cette loi a été renforcée par l'article L1413-14 du 23 février 2010 du code de la santé publique qui énonce que « tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors de traitements, d'investigations doit en faire la déclaration à l'agence régionale de santé » (Légifrance.gouv). Cette démarche est renforcée par l'arrêté du 06 avril 2011 qui stipule que les établissements de santé doivent identifier et analyser le processus de prise en charge médicamenteuse du patient.

L'objectif est d'apprendre l'existence des erreurs par le biais de cette déclaration, de l'analyser et de mettre en place des actions correctives et de prévention pour éviter sa répétition.

Dans les services de soins, malgré l'instauration de différents protocoles pour baliser le risque d'erreur, elle survient au-delà de ces mesures. On sait bien que le risque zéro n'existe pas...

La déclaration de l'erreur médicamenteuse est souvent à l'initiative de l'infirmier qui, avec l'étudiant, se situent comme je l'ai précisé, en première ligne dans la réalisation de ce soin. Il est donc essentiel que les deux protagonistes adhèrent et comprennent le sens

donné à la culture de la sécurité des soins pour déclarer l'évènement car il se trouve que d'autres facteurs que le soin peuvent être mis en cause telle l'organisation, le conditionnement...une responsabilité qui peut être partagée... Dans les établissements de santé une charte d'encouragement à la déclaration des événements indésirables incite les professionnels à déclarer l'erreur dans le cadre de l'amélioration de la sécurité des soins.

Pour que cette déclaration aboutisse, les éléments de survenue de l'erreur doivent être rapportés de façon précise et détaillée avant de les adresser à la cellule gestion des risques de l'établissement en charge du traitement. L'Agence Régionale de Santé est prévenue en fonction du type d'erreur.

Après la déclaration d'une erreur médicamenteuse, un comité de retour d'expérience (CREX) a systématiquement lieu dans le service concerné avec le(s) protagoniste(s), le cadre de santé, le formateur de l'institut de formation si un étudiant est mis en cause, le responsable du service gestion des risques et le pharmacien. Il s'agit d'une démarche collective où la recherche des causes, l'analyse de l'évènement, le choix des actions correctives et leur mise en œuvre nécessitent une implication forte de l'ensemble des acteurs. Le CREX se réunit régulièrement pour réaliser une étude des événements indésirables et évaluer les actions mises en place, il peut décider de mettre en œuvre une autre analyse ou un REMED. C'est un outil utilisé au cours des réunions pluri-professionnelles qui permet de diagnostiquer les causes et les facteurs différents à la survenue de l'erreur parmi 250 causes ou facteurs contributifs.

L'objectif de l'analyse est de caractériser l'erreur médicamenteuse en tenant compte de six indicateurs précis :

- Nom du produit impliqué.
- Nature de l'erreur médicamenteuse : erreur de patient, omission de distribution de médicament, sous-dosage ou surdosage, non-respect de la durée du traitement et/ou du moment de la prise.
- Niveau de réalisation de l'erreur médicamenteuse : potentielle, avérée et interceptée avant d'atteindre le patient, avérée et identifiable après atteinte du patient.
- Niveau de gravité : mineure sans conséquence pour le patient, significative nécessitant une surveillance, majeure avec des conséquences cliniques temporaires sur le patient, critique avec des conséquences permanentes, catastrophique avec mise en jeu du pronostic vital ou décès.

- Erreur médicamenteuse porteuse de risques : selon la REMED 2013, c'est une erreur qui aurait pu avoir des conséquences cliniques plus graves que celles constatées pour le patient.
- Etape de survenue de l'erreur : lors de l'identification du patient, de la dispensation et de l'administration du traitement, du suivi thérapeutique et clinique, de l'information donnée au patient et des transmissions professionnelles.

Cet outil permet de développer la culture de sécurité des soins à l'hôpital dont la visée est de comprendre le processus de l'événement pour éviter qu'il ne se reproduise.

C'est grâce à un climat de sécurité que l'apprenant peut analyser son erreur et identifier les mesures correctives à apporter. S'il n'a pas identifié son erreur, c'est la compétence pédagogique du tuteur et du formateur qu'il sera nécessaire de mobiliser pour aider l'apprenant à identifier l'erreur, à l'analyser et à construire des savoirs pour ne plus la reproduire, et, donc apprendre. Prendre en compte l'erreur comme moyen d'apprendre c'est lui accorder une dimension pédagogique voire didactique. Comment amener l'étudiant à ne plus réaliser l'erreur commise sur le terrain de stage et comment se servir de cette erreur pour la corriger ? Que peut-on apprendre de l'erreur commise tant au niveau technique, fonctionnel que du point de vue de l'accompagnement et du développement professionnel de l'ESI ?

2. LA DIDACTIQUE PROFESSIONNELLE

Dans la situation de l'erreur médicamenteuse, l'apprenant se situe dans un moment de déséquilibre associé à une perte de sens, de repère, de confiance et d'estime de soi. Si l'erreur réalisée dans le champ professionnel est une occasion d'apprendre, peut-on la didactiser ? Car il s'agit bien, pour l'apprenant, de retourner au lit du patient sans réitérer cette erreur. Pour aborder le cadre théorique complexe de la didactique professionnelle, j'ai fait le choix de m'appuyer sur les travaux de P. PASTRE (PASTRE, 2014) et de M. FRISCH (2016).

2.1. Définition

M. FRISCH (2016) décrit un modèle didactique fondé sur un double mouvement de transposition et de contre-transposition didactique.

Le concept de transposition didactique s'explique par un travail d'appropriation d'éléments théoriques pour agir dans la pratique. C'est un processus descendant (TOP

DOWN) qui fait subir au savoir savant une série de transformations les rendant aptes à devenir des objets d'enseignement. Ce concept permet de passer du savoir savant au savoir enseigner. Non seulement il concerne les savoirs mais aussi les pratiques sociales de référence qui renvoient à des activités réelles d'un groupe social bien défini.

Le concept de contre-transposition didactique, à l'inverse, est un processus ascendant (BOTTOM UP). Il permet d'appréhender le milieu du travail comme générateur de savoirs et de pratiques. Il s'appuie sur des pratiques et des activités menées au sein d'une organisation professionnelle définie. Ce processus qui s'organise autour de l'activité réelle prend en compte ce qui se FAIT et ce qui se DIT par l'analyse des apprentissages de l'activité. M. FRISCH décrit un concept « d'efficacité réflexive » qui développe le questionnement, les capacités d'analyse du savoir et de la pratique. Il s'appuie sur l'étonnement dans l'action qui doit permettre de construire une problématique pour pouvoir agir. Ainsi le concept de contre-transposition paraît être un modèle didactique adapté à mon thème de recherche.

Selon P. PASTRE *la didactique professionnelle*, consiste « à analyser l'activité des hommes au travail pour aider au développement de leurs compétences dans le but de créer un dispositif de formation ». Il approche le développement de l'homme au travail d'un point de vue psychologique à partir de la théorie du sujet capable (RABARDEL) celui qui dit « je peux » avant de dire « je sais ».

Elle a vu le jour au sein de la formation continue initiatrice d'élaboration de dispositifs de formation. En effet, un dispositif ne peut se concevoir sans analyse des besoins qui s'apprécie par une analyse du travail des acteurs. Cette démarche d'analyse du travail se décline en trois courants théoriques : la psychologie ergonomique, la psychologie du développement et la didactique des disciplines.

2.2. Principe de la didactique professionnelle

La didactique professionnelle s'appuie sur trois éléments fondamentaux reliés au développement : la situation, le dispositif et l'humain. Selon P. PASTRE, les développements cognitifs et personnels induits par la professionnalisation évoluent conjointement si la situation est favorable mais peuvent se disjoindre dans une situation problématique. C'est à ce moment qu'intervient la didactique professionnelle qui, en s'appuyant sur l'analyse de l'activité, peut aider à comprendre ce qui a favorisé ou

empêché le développement au travail. Mais en quoi la situation, le dispositif et l'humain sont-ils des appuis essentiels au développement ?

Dans une situation problématique, en général, l'apprenant oriente ses actions vers deux solutions : soit l'apprenant s'appuie sur des données empiriques, que lui apporte la situation, comme réponses à ses actions. Dans ce cas, il apprend le résultat par l'action mais cette solution manque de fiabilité. Soit il conceptualise son action à partir d'un modèle déjà construit ou il fabrique un modèle opératif à partir de ses connaissances. Cette solution nécessite parfois de contourner les obstacles, de revenir en arrière ou de rechercher des données empiriques pour atteindre son but. La situation problème laisse émerger un développement de conceptualisation dans l'action, voire une démarche d'abstraction.

Le dispositif peut engendrer le développement dans le travail notamment dans les apprentissages par alternance ou l'apprenant peut apprendre de situations problématiques dans le travail et issues du travail. On retrouve donc le concept de contre-transposition décrit par M. FRISCH. La situation problématique transposée devient alors une situation didactique.

L'humain se développe s'il est autonome et s'il perçoit la reconnaissance d'autrui. Ce point est capital surtout lorsque l'apprentissage est lent et difficile. En découle une fragilité de l'estime de soi au travers du regard et des mots que le tuteur, formateur pourraient porter sur l'apprenant. Ainsi, la reconnaissance d'autrui est nécessaire pour que le développement s'opère (D. WINNICOTT) et cela nourrit le sentiment d'efficacité personnelle indispensable à l'engagement dans l'agir (A. BANDURA).

2.3. Fondements de la didactique professionnelle

Si l'un des éléments fondateurs de la didactique professionnelle est l'analyse de l'activité. Il est donc essentiel de définir sur quoi repose cette analyse de l'activité.

L'analyse du travail s'appuie sur une méthode qui s'inspire de la psychologie ergonomique, la psychologie du développement et la didactique des disciplines.

2.3.1 Psychologie ergonomique ou psychologie du travail

La psychologie du travail se décline en trois principes fondamentaux :

- L'analyse du travail est préalable à l'élaboration d'un dispositif et des contenus de formation. Ce premier principe centré sur l'analyse du travail s'intéresse à la *tâche*

prescrite et à la tâche réelle de l'activité « car il existe toujours un écart entre la tâche prescrite et la tâche réelle. En effet, l'activité réelle est toujours plus complexe que l'activité la plus détaillée des tâches prescrites. C'est l'analyse de cet écart qui permet l'analyse de l'activité réelle d'un opérateur » (LEPLAT). L'auteur insiste sur la nécessité de commencer par l'analyse de la tâche prescrite pour que l'analyse de l'activité du travail réel devienne possible en identifiant cet écart. La centration sur le travail réel est un point majeur de la psychologie du travail pour passer à l'apprentissage d'une activité.

- Le deuxième principe consiste à se centrer sur le sujet apprenant ou travaillant et non sur le dispositif mis en place.
- La gestion d'environnements dynamiques est un apport important de la psychologie ergonomique pour la didactique professionnelle. Pour analyser la complexité d'une situation, il ne s'agit pas seulement d'appliquer des procédures mais d'établir un diagnostic de la situation pour repérer la physionomie de l'environnement sur lequel l'opérateur agit. C'est principalement le cas des situations où l'humain agit avec et sur l'humain. Ces situations qui ont leur propre dynamique peuvent évoluer indépendamment des actions de l'opérateur et demandent une réactivité adaptée à la situation avec une l'élaboration rapide d'un diagnostic et d'un pronostic de la situation. L'intelligence déployée au cours de la tâche est importante. (MONTMOLLIN 1986). Le facteur temps est un enjeu et cette complexité liée à la temporalité augmente les problèmes d'apprentissage.

La didactique professionnelle emprunte, à la psychologie du travail, les méthodes de l'analyse de l'activité, la centration sur l'activité et le sujet et la gestion d'environnement dynamique.

2.3.2. Didactique des disciplines

La didactique des disciplines a pour objet les savoirs, la transmission et l'assimilation de ces savoirs qu'elle priorise dans l'étude des situations. Elle se différencie de la didactique professionnelle par la priorisation de l'approche des savoirs dans l'utilisation des situations sociales ou professionnelles. La didactique des disciplines utilise les situations dans le dispositif d'apprentissage après les avoir inscrits dans les méthodes et concepts de chaque discipline.

2.3.3. Psychologie du développement

La didactique professionnelle se donne comme objet, le développement chez l'adulte. Selon P. PASTRE, le développement cognitif ne s'arrête pas à l'adolescence et l'être humain développe des compétences tout au long de sa vie et notamment dans la confrontation aux problèmes rencontrés dans son métier. Il s'appuie sur les travaux de J. PIAGET qui a démontré que l'humain est capable de s'adapter à une situation en développant une organisation progressive de son activité. Il s'agit de la conceptualisation par l'action ou « théorie de l'organisation de l'activité » selon P. PASTRE, point central de la didactique professionnelle.

Différencions la notion de concept de celui de la conceptualisation pour mieux cerner le sens. Le concept est un outil qui sert à résoudre le problème alors que la conceptualisation est une activité humaine qui vise à mobiliser des concepts pour mieux s'adapter à la situation réelle.

S'intéresser à la *conceptualisation dans l'action* permet de voir la manière dont l'opérateur s'adapte dans l'action. L'analyse du travail va permettre de repérer et d'analyser les trois principes qui la structurent : « le concept pragmatique », « la structure conceptuelle de l'action » et « le mode opératif ».

- Le *concept pragmatique* se construit dans l'action indépendamment des concepts théoriques. Il est organisateur de l'action mais ne peut se construire qu'à partir d'indicateurs présents dans la situation. Le concept pragmatique est celui qui fonde le diagnostic de la situation.
- La *structure conceptuelle* est le squelette de l'action qui s'élabore à partir des concepts pragmatiques. Elle est commune aux professionnels du champ d'action.
- Le *modèle opératif* est constitué de concepts en actes et de jugements en actes. L'opérateur développe des fonctions et outils cognitifs en actes pour interagir avec le milieu dans lequel il se trouve pour produire. Le modèle opératif serait le noyau de l'organisation de l'activité ; il a la particularité d'être dépendant de la situation et de la tâche mais aussi de l'expérience de l'opérateur. OCHANINE (1981) montre les capacités d'un opérateur à sélectionner dans les propriétés d'un objet celles qui sont efficaces pour l'action. L'étude du modèle opératif permet d'analyser le mouvement de l'action et de comprendre comment l'opérateur passe d'une étape à

une autre. Il donne des indications sur ce qui empêche la construction ou la transformation.

La conceptualisation en acte s'appuie également sur le *concept de schème* initié par PIAGET et repris par VERGNAUD. C'est l'élément central de la théorie de l'adaptation. Il est au cœur de l'organisation de l'activité et sa recherche rend l'analyse de l'activité rigoureuse. Ce concept a la particularité d'être un passeur entre la connaissance et l'action : il nous oblige à «... repérer dans le réel des objets, des particularités de ces objets, des relations entre ces objets et leurs propriétés. Il désigne une organisation de l'action efficace qui se généralise pour pouvoir se répéter ».

Le schème opératoire est une organisation invariante de l'activité pour une classe de situation. Il organise la partie observable de l'activité et l'activité de la pensée. Il permet d'évaluer le niveau d'élaboration de l'action (savoir ce qu'il faut faire) et le niveau de l'assimilation (savoir le faire). Un schème se décompose en quatre éléments observables :

- Le but, sous-but et l'anticipation.
- Les règles d'action de prise d'information pour réaliser son but.
- Les invariants opératoires qui permettent une adaptation au réel. Ils sont toujours liés au domaine d'action dans lequel ils s'appliquent et sont couplés aux classes de situation.
- Les inférences d'une situation qui correspondent à l'expression de déductions appuyées sur les connaissances ou plus généralement c'est la mise en lien des causes et effets dans la situation.

Le principe des schèmes permet, une fois construit, d'instaurer un automatisme des actions pour qu'elles deviennent plus fluides dans les situations les plus complexes.

La didactique professionnelle intervient dans l'élaboration du schème opératoire en s'appuyant sur les éléments qui le structurent.

Ainsi, la didactique professionnelle articule deux dimensions : la dimension cognitive en se référant à la conceptualisation en action et la dimension opératoire qui consiste à apprendre par l'action au travers d'une activité qui mobilise des méthodes et des concepts ou outils. Pour P. PASTRE, l'apprentissage est optimal lorsque le modèle cognitif et le modèle opératif s'appuient l'un sur l'autre.

L'analyse de l'activité permet de repérer la conceptualisation de l'action et de tenter de comprendre la construction la plus judicieuse d'un travail réel. Mais encore faut-il connaître les chemins d'accès à cette activité.

2.4. Accéder à l'activité

L'analyse de l'activité permet de mesurer l'opacité de l'activité et de savoir ce qu'il se passe dans la tête des apprenants pour leur permettre d'aboutir au développement d'une compétence. L'analyse de l'activité interroge le visible, l'invisible, les inattendus et les empêchés. Dans le cas de l'apprentissage, elle permet d'approcher les moyens d'anticiper le travail et de déterminer sur quoi l'opérateur doit travailler.

Cette analyse fait appel à la verbalisation de l'action dans une démarche d'auto-confrontation qui consiste à confronter un ou plusieurs apprenants à une activité en les incitant à commenter leur activité enregistrée sous forme vidéo ou transcrite, en présence d'un interviewer. Elle se présente sous différentes formes :

- L'auto-confrontation simple consiste à confronter un seul apprenant à sa pratique. Il est attendu qu'il explicite ses actions et ses pensées en action afin de révéler les processus cognitifs qui sous-tendent son activité.
- L'auto-confrontation croisée consiste à confronter l'activité d'un apprenant au regard critique et objectif d'un autre acteur professionnel et/ou d'un chercheur. Cette méthode est effective si l'interviewer se dégage de sa fonction d'expert car il est capital qu'il se centre sur le déroulement de l'action pour identifier les schèmes d'action que l'apprenant mobilise. Elle nécessite donc l'intervention de l'apprenant, d'un expert et d'un interviewer et/ou d'un chercheur.
- La confrontation collective ou allo-confrontation consiste à réunir un groupe de participants afin de commenter l'activité à partir d'un script connu de tous comme par exemple le moment inaugural pour un enseignant spécialisé (PARAGOT 2012). Cette technique mobilise la confrontation de différentes représentations en vue d'une construction d'une culture commune.

La méthode d'instruction aux sosies selon I. ODDONE et la mise en évocation de l'action selon P. VERMERSCH sont deux moyens de verbalisation qui permettent de passer de l'expérience à des savoirs disponibles.

Dans cette approche de l'activité, le formateur ou l'analyste accompagnent le processus réflexif en aidant l'apprenant à verbaliser ses intentions pour avoir accès à son raisonnement par rapport aux actions énoncées, aux connaissances mises en acte et les aider à les mettre à jour. Il s'agit bien d'accompagner l'apprenant dans un processus d'autonomisation en l'aidant à verbaliser ses émotions, son modèle opératif et de lui

donner la possibilité de comprendre et de se rendre compte autrement (« après coup ») de ce qu'il a produit comme réponse dans un environnement donné.

Pour conclure, l'accès à une posture réflexive efficace nécessite un accompagnement du formateur dans le guidage et l'étayage de l'apprenant.

Dans le cadre de l'erreur d'administration médicamenteuse, j'ai relaté que cette situation est vécue comme une épreuve au bout de laquelle l'ESI ne s'en sort pas indemne. Ainsi l'évocation de l'activité peut déstabiliser l'apprenant. Il paraît donc nécessaire d'accompagner l'erreur. Je propose dans la partie suivante d'aborder ce concept et d'en définir les contours pour le rendre accessible.

3. L'ACCOMPAGNEMENT

L'accompagnement se dessine comme une nouvelle posture professionnelle prescrite notamment dans les dispositifs de formation pour adultes et dans le domaine socio-éducatif. Apparu il y a une dizaine d'années, il est encore considéré aujourd'hui comme un geste émergent aux contours flous (Sandrine BIEMAR, 2012). Il est souvent présenté comme une valeur ajoutée, sans toutefois y repérer des fondements professionnels. Il me paraît nécessaire d'explorer ce concept pour mieux en définir ses contours.

3.1. Législation

Le terme « accompagnement » apparaît dans les textes législatifs suite à la mise en place de dispositifs d'aide :

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 relative aux situations de handicap pour l'égalité, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées vise des conditions d'organisation et de fonctionnement pour un *accompagnement* à la vie sociale. La loi préconise de « faire avec, se joindre avec quelqu'un » en spécifiant que « ce n'est pas faire à la place de quelqu'un ». Cette loi vise la préservation de l'autonomie et la socialisation de la personne handicapée par le biais d'un accompagnement adapté.

Le référentiel de formation relatif à la profession infirmière présente un programme détaillé de la formation. Les différentes missions des responsables de l'encadrement des étudiants sont identifiées. Le mot « accompagnement » apparaît dans les missions du

tuteur de stage « Le tuteur assure un accompagnement des étudiants ... » et dans les missions du formateur qui accompagne l'étudiant sur différents dispositifs (suivi pédagogique, travail de fin d'étude, visite de stage...).

Ce mot donne à rechercher, dans un premier temps, la sémantique qu'on lui accorde dans les métiers de l'humain et à en définir ses contours. S'agit-il d'une démarche informelle et subjective ? Quels en sont les principes et les limites ?

3.2. Origine du mot accompagnement

M. VIAL (VIAL.M, 2007) décompose le mot « accompagner » pour mieux saisir son sens. Le préfixe « AC » ou « aller vers » induit la notion de processus. «CO- PAIN » : expression du XIIème siècle qui prend le sens de partager le même pain d'où une relation de réciprocité et de symétrie. Au moyen âge, le mot « compain » signifie compagnon, être copain et partager le même quotidien voire se joindre à quelqu'un. De la même famille, la dame de compagnie, à la même époque, est celle qui assure un service par honneur sans notion de domesticité. L'association du préfixe et de la racine du mot induit la notion de « deux » personnes qui sont ensemble. Le suffixe « ER » : infinitif du verbe traduit l'action de devenir compagnon.

3.3. Des mots pour le dire

« Le dictionnaire de la formation et du développement personnel » donne la définition suivante de l'accompagnement : « fonction qui, dans une équipe pédagogique, consiste à suivre un stagiaire et à cheminer avec lui, durant une période plus ou moins brève afin d'échanger à propos de son action, d'y réfléchir ensemble et de l'évaluer ».

Pour G. LE BOUËDEC (LE BOUËDEC, 2001), ce terme devient un fourre-tout sémantique... Diriger, suivre, accompagner, au-dessus, derrière, à côté... ». Il précise que « Ces termes, faute d'être dialectisés, deviennent très vite, comme le notait BACHELARD, à propos de certaines notions, porteurs d'une surcharge de sens, et risquent dès lors de prendre tout le sens, en fonction de la sensibilité des interlocuteurs, plongeant le débat dans la confusion ».

Nous en délimiterons donc le sens employé dans ce travail.

M. BEAUVAIS (BEAUVAIS.M, 2004) parle à propos de la notion d'accompagnement : « d'usage très large et peut-être parfois abusif » et de « flou conceptuel » et rappelle

ses « vertus indiscutables et indissociables » aux pratiques de formateur. Elle mesure l'écart entre concept et action.

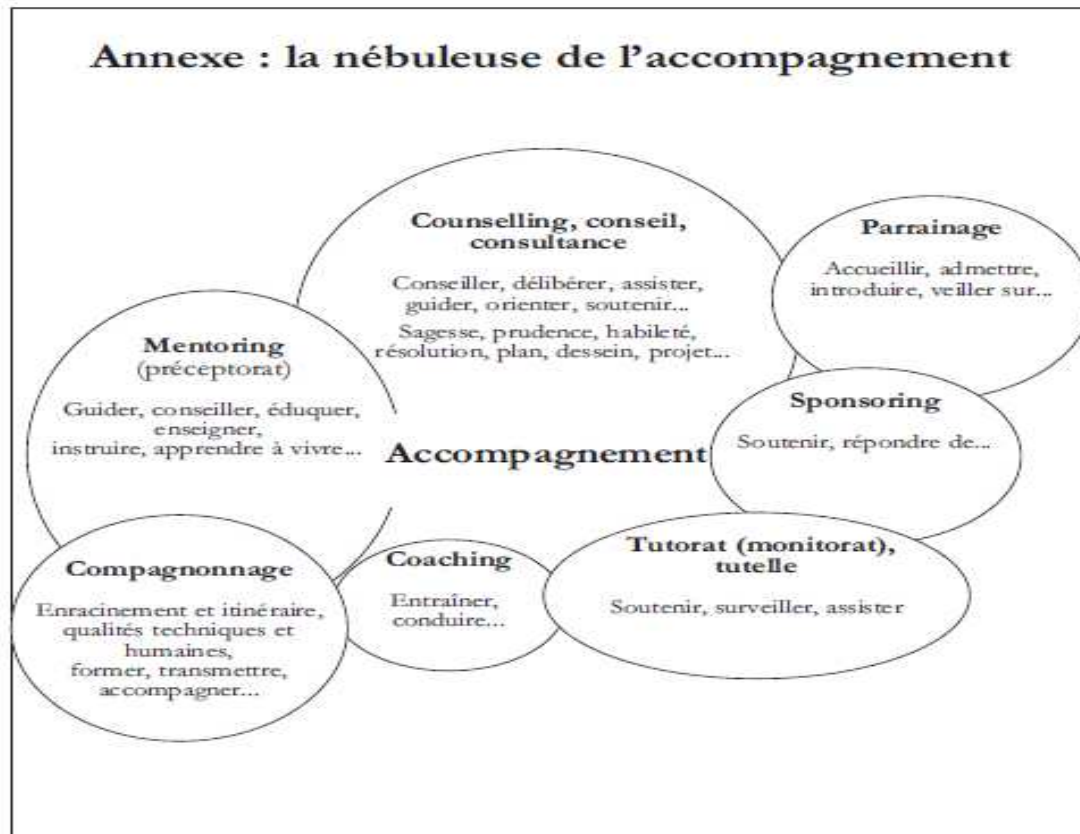
Une enquête (PEOC'H.N, 2008) sur l'accompagnement de l'étudiant en soins infirmiers confirme ce constat en expliquant que rien n'est écrit sur la manière d'encadrer hormis le fait de permettre à l'étudiant de faire des liens dans son apprentissage dans une temporalité définie (suivi pédagogique, groupe d'analyse de pratique...). Ce geste est souvent représenté par le guidage, l'accompagnement et le tutorat. Comment s'y retrouver ?

M. VIAL utilise les métaphores pour parler de ce concept : « Pour traverser un ruisseau, je peux m'aider d'un tronc d'arbre. Je ne dirais pas pour autant que l'arbre (tout arbre) est fait pour aider. Il se trouve que je me suis servi de celui-ci et si "ça m'a aidé", c'est parce que j'ai capté ce en quoi il pouvait faciliter mon passage, je l'ai utilisé pour atteindre la rive ». Ici M. VIAL suggère une visée organisatrice de l'accompagnement c'est-à-dire accompagner quoi, pour qui, avec qui.

J.M. PARAGOT nous en donne sa signification au travers d'un récit poétique (PARAGOT, 2014) : « ...Allons ! Enfin. Pour nous dire que le passeur est engagé sur la barque avec les passagers. Que son sort est lié à celui des autres ainsi qu'à sa propre expertise. En même temps il est confronté à l'incertitude de l'environnement, aux craintes des autres et de leurs réactions ainsi qu'à la nécessité du renouvellement continu de son expertise à faire passer.....Je crains pour les autres et moi-même. Ma compétence de passeur est remise en cause à chaque passage. »

D'après D. BOULARD (BOULARD.D, 2016), coaching, mentorat, parrainage, tutorat sont les termes plus utilisés pour parler d'accompagnement avec consseiling, sponsoring et compagnonnage. Les interprétations varient selon les auteurs.

M. PAUL (Paul, 2002) répertorie différentes expressions pour désigner ce qu'est l'accompagnement et en précise les définitions dans son schéma intitulé la nébuleuse de l'accompagnement (Paul, 2002). Je propose de reprendre les plus usités : le coaching est un ensemble de moyens où le coach entraîne, dirige et observe. Le mentoring suppose qu'il existe une relation entre un mentor et un mentoré où le premier agit comme guidant, éveillant et conseillant le second. Le tutorat est un soutien, une assistance et une surveillance auprès du tutoré et le parrainage accorde le rôle d'un parrain auprès d'un protégé en l'accueillant et en l'introduisant dans un nouveau milieu. Elle associe à ces postures d'accompagnement les capacités de conduire, guider, escorter.



M. VIAL et N. CAPARROS-MENACCI (N., 2007) s'opposent aux trois principes de M. PAUL « guider, escorter et conduire » qui pour eux répondent davantage à « une toute puissance absente de la relation d'accompagnement ». Ils étayent leurs propos en expliquant que « conduire » repose sur l'action d'accompagner la personne dans une direction, « guider » sous-tend l'idée d'éventuels obstacles et escorter suppose d'apporter de l'aide et de protéger, d'accompagner. Pour appuyer son désaccord avec M. PAUL, M. VIAL donne un avis détaillé de ce que signifie le « guidage ».

Le guidage

C'est « être devant » et non « à côté » donc donner une trajectoire à l'accompagné. Guider, c'est s'engager à sélectionner le chemin le plus court en rendant efficace l'avancée par une économie des moyens. Guider c'est lier dont le sens se rapporte à l'action « d'attacher » donc s'attacher à l'autre. Il en déduit que le guidage s'introduit davantage dans une logique de contrôle, de maîtrise de la situation. Par conséquent, il affirme que le guidage ne peut être une pratique d'accompagnement. Il étaye ses propos en déclinant les pratiques du guidage pour en définir les postures de non accompagnement :

- Diriger, gouverner, faire, aller dans le bon sens c'est reconnaître qu'il y a un bon sens et que quelqu'un connaît ce bon sens Le guidage implique donc de donner une orientation à suivre, c'est la posture du contrôleur.
- Piloter, préconiser, conduire, réaliser c'est faire réaliser des performances, trouver ou faire trouver des solutions, chercher absolument une solution aux problèmes. C'est une posture fonctionnaliste.
- Conseiller, aiguiller, dévoiler c'est permettre de choisir entre plusieurs axes dont l'accès est balisé. La plupart du temps, la solution est connue et il s'agit d'amener l'accompagné vers les chemins possibles sans lui laisser la possibilité d'en découvrir d'autres. C'est la posture d'expert.
- Modeler, instruire et animer. L'accompagnateur se prend pour le modèle plus délicatement appelé « partenaire transitionnel ». Dans ce cas, il engage à transmettre ce qu'il sait faire, en partant du principe que l'apprenant ne sait pas faire. C'est une posture de mentor.
- Escorter, assurer, soutenir, aider, protéger, prendre en charge, mettre sous tutelle. Des termes que l'on retrouve dans les milieux médico-sociaux et qui apparaissent dans les textes législatifs et dans les référentiels. VIAL classe ces actions dans le registre de la relation d'aide qui apporte secours à l'effort de l'autre : « si je n'étais pas là, tu n'y arriverais pas ». Une posture thérapeutique qui favorise l'aboutissement d'un mieux-être chez une personne souffrante et non l'aboutissement d'un bien-être (principe de l'accompagnement).

On retrouve ces termes dans une autre relation qu'il nomme communément la relation d'aide orthopédique. Elle consiste à obtenir de bonnes performances dans le travail, à corriger les défauts, à canaliser l'autre. Il associe à ces verbes d'action le développement personnel comme un soutien, comme le principe d'arrêter la cigarette pour devenir conforme aux exigences d'une société. L'aidant est toujours « au-dessus », il est toujours celui qui sait, l'autre est forcément dévalorisé.

Il questionne également l'image du passeur qu'il associe au mythe de Charon qui passe les morts sur l'autre berge avec une pièce dans la bouche pour payer le voyage. Ainsi, pour lui le passeur est un aidant, il n'accompagne pas.

En ces termes, pour lui, l'accompagnement ne peut être un guidage sauf s'il est réalisé dans le cadre d'une profession, d'une institution avec des normes bien définies. Au regard de ce constat, on peut se demander ce qu'est réellement l'accompagnement.

Mon expérience d'accompagnement des ESI m'a permis de me confronter à la plupart de ces postures. Sans formation et sans approche particulière de ce concept, je me suis appropriée progressivement cette posture professionnelle. Aujourd'hui je partagerais davantage les approches de VIAL, CIFALI et PARAGOT. En effet, j'ai appris à avancer aux côtés de l'apprenant sans faire à sa place et sans lui fixer un but. Tous les étudiants n'avancent pas au même rythme et leur parcours n'est pas toujours linéaire. Les imprévus, les craintes, les peurs face aux responsabilités du métier s'imposent et remettent parfois tout en question. Ainsi, je me suis retrouvée quelquefois confrontée aux craintes et aux incertitudes des étudiants qui ont remis en cause ma compétence d'accompagnateur. Ne pouvoir amener l'étudiant jusqu'au bout de son parcours nourrit un sentiment de culpabilité et positionne nos limites. L'accompagnement est bien un engagement pour soi-même et les autres qui peut échouer.

Mon expérience d'accompagné dans le cadre de la formation master IFF m'a permis de mesurer l'importance de la bienveillance, de l'altérité, de l'empathie et de la temporalité à mon égard. En tant qu'accompagné, j'ai eu la possibilité, dès le départ, d'exposer mes difficultés. A partir de là j'ai pu apprécier un accompagnement personnalisé s'appuyant sur différents modes de communication selon les disponibilités de chacun. L'accompagnement dont j'ai bénéficié tout au long de ma formation devrait m'aider à transférer un savoir-faire et un savoir-être auprès des ESI.

Pour préciser mon objet dans cette recherche, il m'est apparu utile d'explorer les visées de ce concept.

3.4 Les visées de l'accompagnement

L'accompagnement prend des formes différentes selon qu'il se réalise dans un contexte privé (accompagner un enfant ordinaire ou handicapé, un parent malade...) ou dans la sphère de l'éducation, de la santé et de la formation.

Dans le domaine de la formation infirmière, les formateurs doivent accompagner les étudiants tout au long de leur apprentissage dans leur développement professionnel et dans la construction de leur professionnalité.

Les auteurs ainsi que les textes (bulletins officiels, lois) s'accordent à dire que l'accompagnement est devenu un geste professionnel qui contribue aux changements de l'apprenant afin de le rendre autonome dans sa pratique. C'est une mission parmi

d'autres. Ils partagent l'idée de se joindre à quelqu'un pour aller avec lui, en même temps que lui sur des principes d'individualisation de l'accompagnement.

M. PAUL définit l'accompagnement comme une réponse à un malaise social sensé réintroduire éthique et humanité dans une société en souffrance. Elle attribue à l'accompagnement : « professionnalisme, démarche outillée, réfléchi d'autonomisation de la personne »³. Ce n'est pas une technique professionnelle mais une posture. Il s'agit de dépasser la transmission des savoirs pour s'intéresser davantage à la personne en tant qu'individu. Ainsi, pour elle, c'est « aller avec /vers » avec des visées « d'autonomisation de la personne, de relation d'empathie et d'intelligence réflexive ».

Selon M. VIAL l'accompagnement est une variation de l'étayage. Il s'agit pour l'accompagné de s'appuyer « sur » pour « tenir debout » à l'image de sa métaphore. C'est une nécessité pour se construire au niveau cognitif et psychique dans une relation professionnelle. Pour lui, le but n'est pas fixé à l'avance et il appartient à l'accompagné. L'accompagnateur chemine avec l'apprenant vers l'inconnu de son destin professionnel et du sien propre. Si l'accompagnement appartient aux actions d'éducation, il s'agit de permettre une acquisition des savoirs mais aussi de faire que l'autre aille vers du bien-être. L'accompagnant est une personne ressource qui ne s'impose pas, il est à côté mais surtout « AVEC ». En ce sens, la posture de M. VIAL me paraît plus légitime que celle de M. PAUL.

A.LHOTELLIER est « AUX COTES DE » et s'accorde à dire que l'accompagnement est un engagement personnel qui s'appuie sur des valeurs, des critères et des finalités d'une institution et qui s'apparente à une alliance.

Selon l'auteur, l'accompagnement nécessite trois actions génériques : accueillir et écouter, aider à discerner, cheminer aux côtés de. Un avis partagé avec les auteurs cités. Cependant, il se différencie des autres en précisant que l'accompagnement nécessite une posture d'autorité pour « amener à négocier des règles, susciter des initiatives, aider à discerner ». La posture d'autorité consiste à rendre compte des actes et activités qui incombent à son métier. Selon P. RICOEUR, elle se décline en trois fonctions anthropologiques : l'extériorité qui permet d'empêcher une relation fusionnelle, la supériorité qui permet d'éviter l'envahissement des intérêts particuliers et les antériorités qui tiennent compte du déjà là, de l'apprenant et du formateur (J. BOUTINET, 2005).

³ Maëla Paul, conférence 2009 http://www.dailymotion.com/video/x8bpug_maëla

Un autre point de vue illustre cette approche, J.M PARAGOT (PARAGOT, 2014) explique que l'accompagnement vise « à renforcer l'activité du sujet et sa confiance en sa capacité à changer ». Pour lui, il s'agit de lui accorder une place dans son parcours de formation et de lui permettre de faire les liens entre ses apprentissages en formation et la pratique en vue d'élaborer sa construction identitaire professionnelle et de réviser ses rapports de soi à soi, de soi à l'autre et du soi au savoir. Une approche psychologique, voire psychanalytique partagée également par M. CIFALI (CIFALI.M) qui suscite d'être « à coté de » et « avec ».

3.5 Les modalités et les gestes de l'accompagnement

J.M PARAGOT caractérise l'accompagnement en s'appuyant notamment sur les propositions de L. RIDEL qui définit trois points :

- La spatialité de l'accompagnement, c'est-à-dire se demander jusqu'où il est possible d'aller dans les champs pédagogique, psychologique, social et privé. Il s'agit de rester en cohérence avec l'institution qui prescrit l'accompagnement.
- La temporalité qui se décline en temps social instauré par l'institution, en temps privé où les formateurs se laissent la possibilité d'accompagner l'apprenant en dehors de leurs temps de travail et le temps à la marge de ces deux espaces comme le temps d'une pause. A. LHOTELLIER (LHOTELLIER, 2007) partage ce point de vue que l'accompagnement n'existe que dans la durée.
- Les finalités : Pour l'auteur, l'accompagnement est adapté si sa finalité est bien définie. Il décline trois types de finalité : la première est une finalité curative qui permet d'accompagner un vécu traumatique considéré comme à un moment de déstabilisation où ce qui allait bien est remis en question. Autrement dit, elle vise à accompagner l'inconfort que peut produire l'imprévu et aider à retrouver le sens de sa formation. La deuxième est une finalité de maintenance qui consiste à « prévenir des moments d'inconfort ». La troisième est une finalité palliative qui vise à assurer une présence et une écoute.

D'autres principes sont à poser comme l'évaluation de la progressivité de l'apprenant en confrontant ses savoirs et son déjà là à sa pratique professionnelle, la subjectivité en questionnant sa zone proximale de développement et enfin la réflexivité par la mise en évocation de sa pratique. Ainsi, l'accompagnement repose sur les principes suivants :

- Développer la réflexivité en situation professionnelle en s'appuyant sur l'explicitation des actions, des procédures et des intentions notamment à partir des théories de D. KOLB (faire-énoncer-confronter aux théories naïves puis formaliser, conceptualiser et anticiper), D. SCHON (à partir de l'action je tire des enseignements, de l'expérience après-coup) et P. VERMERSCH (expliciter des situations vécues pour développer la conscience en acte et la conscience réfléchie en questionnant les implicites et les routines pour retravailler une expérience professionnelle).
- Assurer la professionnalité en permettant à l'apprenant d'exprimer ses ressentis et ses actes.
- S'engager dans un processus au long cours avec la possibilité de laisser le choix à l'apprenant de choisir les moments de rencontre.

Le changement attendu ne peut se faire que si l'accompagnateur fait preuve de compréhension empathique (comprendre l'autre sans éponger ses soucis), de considération (croire aux possibilités de l'autre, avoir confiance en ses capacités de réussite), de congruence (être authentique et cohérent entre ses actes et ses paroles), de mise en creux et d'acceptation du don et contre don. Un point de vue clinique de l'accompagnement également partagé par M. CIFALI (CIFALI.M, 2011).

L'enquête réalisée par le cadre de santé formateur confirme qu'il existe une partie de flou, d'invisible, dans le rapport avec l'étudiant. Les formateurs issus de la formation infirmière sont souvent partagés entre le désir de « prendre soin » dans une visée humaniste et leur mission de rendre l'étudiant autonome, réflexif, tout en balisant une certaine « distance de professionnalité ». Elle précise que la relation d'accompagnement n'est pas uniquement interpersonnelle et qu'elle met en tension des étudiants issus de divers groupes sociaux et des formateurs associés à une catégorie professionnelle spécifique.

M. VIAL accepte les idées de favoriser le retour sur les apprentissages, d'accueillir l'apprenant dans son changement, d'utiliser les outils d'entretiens, de formaliser la commande et de l'adapter aux besoins. Il s'agit d'accueillir l'autre dans sa différence, dans ce qu'il fait tout en intervenant sur son destin : une position complexe de l'accompagnant. Il est avec l'autre, à côté, un peu en retrait, au service de l'autre mais pas au premier plan.

Pour ce faire, il précise qu'il est nécessaire de définir clairement ce partenariat où chacun a besoin de l'autre pour atteindre ses objectifs et le trajet à suivre. Il précise que

les objectifs des deux protagonistes sont différents et qu'il revient à l'accompagné de choisir son but. La notion de trajet se différencie de la trajectoire du guidage dans le sens où le chemin peut permettre des allers et retours, des bifurcations qui ne sont pas programmables. Pour M. VIAL, l'accompagnement professionnel ne consiste pas à lier l'autre comme dans le guidage mais à le RE-lier c'est-à-dire à le lier autrement qu'avant.

Il propose une autre façon de travailler avec l'apprenant à partir de l'énigme « Qui est l'autre ? ». Dans la relation de l'accompagnant/accompagné, l'accompagné se demandera toujours « qui est cet accompagnateur avec qui je suis ? ». Cette question doit rester en suspens car c'est le travail que l'accompagné va entreprendre pour répondre à cette question qui va l'amener à se demander « qui je suis ? ». Une position de transfert/contre-transfert qui permet à l'apprenant de problématiser le sens de sa vie : un des moyens pour opérer le changement en sachant que le changement vient de lui.

M. PAUL cite d'une manière plus générale des repères à l'accompagnement :

- Épistémologiques (à travers le paradigme constructiviste et celui de l'autonomie).
- Théoriques (à la croisée des théories du développement de la personne et des théories de l'action).
- Méthodologiques (créer les conditions d'un agir en favorisant une posture de réflexivité).
- Ethiques (dans la tension entre répondre de et répondre à pour ne pas se fourvoyer dans une logique de responsabilisation généralisée).

3.6 Les limites de l'accompagnement

L'accompagnement interroge les limites de l'intrusion (jusqu'où je peux accompagner l'étudiant dans la sphère sociale et intime sans mettre en péril la compréhension empathique et mon engagement), de la substitualité (à partir de quel moment je m'autorise à le laisser autonome ou jusqu'où je peux me substituer à lui ?).

L. RIDEL émet l'hypothèse que l'accompagnement qui s'effectue au sein de cette relation duelle renforcerait l'individualisme au détriment des processus de socialisation.

L'accompagnement convoque sagesse et éthique (CIFALIM). Il questionne les dérives d'une relation à deux ou la bienveillance, l'altérité, l'empathie.... pourraient s'éteindre. Si l'accompagnant ne mesure pas sa fonction autoritaire, des dérives peuvent apparaître en termes de paternalisme ou d'indifférence, de règlement de

compte...Le formateur pourrait également profiter de ce cadre bienveillant, éviter de communiquer les informations pour manipuler un individu ou un groupe.

Et enfin, les limites pourraient s'inscrire dans le doute de croire que l'apprenant serait toujours capable de surmonter ses difficultés grâce à un accompagnement basé sur ses capacités réflexives et à trouver des ressources. Le temps de la formation pourrait être une limite en sachant que le développement professionnel varie d'un humain à l'autre.

M. VIAL, à l'inverse de M. CIFALI, pense qu'une formation à l'accompagnement est nécessaire pour aborder l'approche éthique que demande l'accompagnement.

L'accompagnement est une notion assez variable. Dans les métiers de l'humain, je me demande s'il est possible de laisser penser que les compétences d'un accompagnateur sont innées ou auto-définies. La possibilité d'envisager des scénarii de formation à l'accompagnement pourrait-elle professionnaliser ce geste encore souvent qualifié d'émergent ?

Au regard des résultats de l'enquête réalisée auprès de formateurs de différents établissements, il en résulte que l'accompagnement est un concept qui interroge. Par conséquent, un dispositif de formation sur l'accompagnement pourrait être envisagé en partant des besoins des formateurs, des formés et de l'Institut.

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Cette partie explique le cheminement de mon étude. Mon intérêt pour la problématique liée à l'erreur d'administration médicamenteuse est antérieur à ma formation Master. En effet, au cours de mes quatre années d'exercice professionnel en tant que formateur en Institut de Formation aux Métiers de Santé (IFMS), j'ai été confrontée à des erreurs d'administration médicamenteuse réalisées et parfois réitérées par des étudiants 3^{ème} année de mon groupe de suivi pédagogique. *Face à l'impact psychologique observé chez l'étudiant, aux conséquences encourues auprès du patient et aux difficultés d'accompagner l'étudiant pour éviter la réitération de cette erreur, j'ai très rapidement développé un intérêt pour cette problématique.* Puis dans le cadre du master, les premiers temps d'échange organisés autour des thèmes de recherche n'ont fait que renforcer ce choix au regard des nombreuses réactions de mes collègues. C'est ainsi que j'ai commencé à explorer la littérature en questionnant les mots clefs repérés dans la problématique tels que l'erreur, la didactique et l'accompagnement. Cette démarche méthodologique est constituée de deux temps, à savoir la revue de littérature puis le recueil des données de terrain.

1. REVUE DE LITTERATURE INITIALE

Je me suis intéressée à l'erreur en général et plus particulièrement dans le domaine de l'éducation, en parcourant les ouvrages et articles suivants :

- ASTOLFI Jean-Pierre, L'Erreur, un outil pour enseigner, Issy-les-Moulineaux, ESF éditeur, 2014.
- RISTEA Paula Maria, Erreurs et apprentissages : le rôle de l'erreur dans l'apprentissage du français langue étrangère, mémoire de master 2 Didactique des langues étrangères et TICE, Lyon, université Lumière Lyon 2, 2006.

- VANSSAY Stéphanie, LOZAC'H Anthony (coordination), L'erreur pour apprendre, Cahiers pédagogiques, n° 494, janvier 2012. Sommaire du dossier et quelques articles en ligne sur le site Cahiers Pédagogiques.

Puis, j'ai approché le statut de l'erreur dans les soins en parcourant diverses revues professionnelles :

- Place de l'erreur dans l'apprentissage des futurs professionnels paramédicaux : Revue Soins Aide-Soignante – volume 14, numéro 75, pages 24-25 (mars 2015).
- Erreur source d'apprentissage – La Revue de l'Infirmière – volume 65, numéro 221, pages 26-26 (mai 2016).
- Sensibilisation des élèves infirmiers aux erreurs médicamenteuses liées à la préparation des médicaments - Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien, vol 49, numéro 4, décembre 2014.
- Responsabilité de l'étudiant en soins infirmiers - La Revue de l'Infirmière, N°161, juin 2010.
- Pratiques professionnelles, encadrement des étudiants – Revue Soins Cadres, N°63, octobre 2017.
- Administration du médicament, prévenir les interruptions des tâches - La Revue de l'Infirmière, N°221, mai 2016.
- Place de l'erreur médicale dans le système de soins – La Revue « Pratiques et organisations des soins » 2007 ; vol. 38, n°1, pages. 69 - 77.

Ces lectures me permettent de constater que l'erreur est une « *occasion pour apprendre* » et qu'elle est nécessaire à l'apprentissage. J'ai réalisé d'autres recherches sur le thème de la didactique, terme relativement peu explicite pour moi. Bien que je sache que cette unité d'enseignement serait abordée en fin d'année scolaire, j'ai souhaité éclairer des zones d'ombres pour mieux comprendre comment l'erreur qui paraît inévitable dans ce métier de l'humain pourrait être traitée dans le champ professionnel du soin. J'ai parcouru les ouvrages suivants :

- NAGELS Marc, Améliorer l'auto-efficacité collective des équipes de cadres formateurs en IFSI par la didactique professionnelle - Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Recherche en soins infirmiers » - 2011/1 N° 104 pages 30 à 50.
- PASTRE Pierre - La didactique professionnelle - Presse Universitaire de France - Aout 2014.

L'apparition de l'erreur à un instant T est aussi l'occasion de penser : « comment aider l'étudiant à passer ce moment de tourmente ? » et « comment l'aider à reprendre confiance en lui dans cette interruption de son développement professionnel ? ». Il m'a donc paru nécessaire d'aborder des recherches autour du concept émergent que représente l'accompagnement. C'est un concept qui fleurit dans divers champs professionnels et particulièrement au sein des dispositifs de mon institut : accompagnement des étudiants en suivi pédagogique, accompagnement de l'étudiant dans le cadre de l'élaboration d'un contrat pédagogique, accompagnement des futurs candidats infirmiers à élaborer un projet professionnel, accompagnement d'un étudiant infirmier à se dégager de sa posture d'aide-soignante. Afin de m'appropriier ce concept, j'ai parcouru les articles suivants :

- BOUTINET J.-P., DENOYEL N, PINEAU G., ROBIN J.Y. (dir.). Penser l'accompagnement adulte - Paris : Presses universitaires de France - PUF - 2007 – pages 99 à 114
- Le BOUEDEC G. Chapitre I. Tous accompagnateurs ? Non : il n'y a d'accompagnement que spirituel, pages 169-188. Paris : Presses Universitaires de France. Puf – 2007- Institut des sciences de la communication et de l'éducation d'Angers.
- VIAL M - L'accompagnement professionnel : une pratique spécifique - conférence à Ariane sud entreprendre- Février 2007.
- L'accompagnement de l'étudiant en soins infirmiers, une pratique entre l'explicite et l'implicite « Revue Soins Cadres, N°66- mai 2008.
- PARAGOT JM - Pour une stratégie d'aide au changement de formation des enseignants débutants - atelier n°3 école d'été des IUFM, Besançon 2005.
- CIFALIM, THEBERGE.M, BOUSSARA.M- Cliniques actuelles de l'accompagnement- posture clinique de l'accompagnement – 2010 – Paris- L'harmattan
- PARAGOT JM- Accompagner en formation des enseignants -Principes de l'accompagnement. IFE/INRP. Lyon.2008 sur Ideki : parcours d'un responsable de formation - Juin 2014.

Dans le cadre de cette étude, j'ai consacré plusieurs semaines à lire afin de m'approprier mon thème de recherche. Ces lectures me renvoyaient inlassablement à d'autres articles et à d'autres bibliographies. A ce moment, il m'a semblé impératif d'associer à mes efforts de recherche une étude sur le terrain.

2. RECHERCHE SUR LE TERRAIN

J'ai choisi la méthode exploratoire qualitative car son approche clinique est relativement proche de celle que j'aborde dans ma pratique professionnelle.

2.1. Les Méthodes

2.1.1 La population

Dans un premier temps, j'ai défini la population que j'interrogerais. Je n'ai pas eu de doute concernant le public interrogé, c'est-à-dire les formateurs en IFSI. En effet, il s'agissait bien de comprendre comment les formateurs, à partir de leurs vécus et de leurs expériences professionnelles, géraient ou pas ces situations d'un point de vue didactique de l'erreur et accompagnement des étudiants. Le choix des instituts m'a quelque peu interrogée. Dans le contexte du sujet abordé, je ne me suis pas sentie à l'aise pour questionner mes collègues formateurs de l'institution car je craignais une mise à distance dans la verbalisation de leurs pratiques professionnelles. C'est ici le biais de l'intersubjectivité professionnelle au sein d'une communauté de travail que je ne souhaitais pas entreprendre.

J'ai donc envisagé d'explorer hors des murs de mon IFSI avec le souhait de créer une certaine cohérence dans le choix des institutions de formations et d'établir une distance objective avec le « dire du faire » lié au vécu des collègues interrogés.

J'ai rapidement pensé à explorer les institutions de la région Bourgogne Franche-Comté dont dépend mon institut dans l'hypothèse que ces entretiens soulèveraient des problématiques communes. De plus, ce choix m'a paru pertinent dans le sens où les instituts de formations paramédicales et de formations cadres de la région de Bourgogne Franche Comté sont regroupées au sein d'un organisme qui est le Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC) piloté par un directeur d'institut aux formations de la santé.

Le CEFIEC a pour mission « d'être une force de questionnement, de propositions, de représentativité des formations en soins infirmiers et cadres de santé et de promouvoir, en fonction de l'évolution des soins infirmiers, une formation professionnelle au plus haut degré de qualité. »

Ainsi, Il m'a paru légitime d'orienter ma recherche au niveau régional dans l'idée de répondre à un engagement professionnel concernant, notamment, l'évolution des soins et de la formation. Puis, par la suite, d'envisager un travail collectif si mon étude devait répondre à ce besoin de poursuivre la clarification et l'objectivation du statut de l'erreur d'administration médicamenteuse voire plus largement de l'erreur au lit du patient en formation aux soins infirmiers.

2.1.2 Le contenu des entretiens

Dans un deuxième temps, j'ai réfléchi au contenu de mes entretiens et j'ai réalisé une grille de questions en privilégiant les trois thèmes principaux, c'est-à-dire l'erreur d'administration médicamenteuse en formation infirmière 3ème année, la didactique professionnelle et l'accompagnement des étudiants concernés par cette situation d'erreur. J'ai choisi la méthode d'un entretien semi-directif en orientant les échanges autour des trois thèmes sélectionnés tout en ciblant les pratiques professionnelles. J'ai élaboré des questions de relance en lien avec chaque thème. La visée étant de permettre au formateur de m'apporter des éléments significatifs et exploitables tout en canalisant les errances des échanges qui sont à envisager dans ce type d'entretien ainsi que ma curiosité parfois débordante. J'ai pris soin de choisir des questions qui ne les engageaient pas dans un processus de réponses affirmatives et négatives. J'ai souhaité que le formateur décrive précisément le déroulement et la visée de ses activités à la façon d'un entretien d'instruction au Sosie, I. Oddone 1972, par exemple.

2.1.3 Institutionnalisation de la recherche-action

Pour mettre en place cette démarche, j'ai choisi d'envoyer mes demandes d'entretien par mail aux directeurs d'instituts de la région Bourgogne Franche-Comté en précisant le thème de ma recherche, la visée de mes entretiens avec un formateur volontaire.

Avant de passer à cette étape, il m'a paru correct de présenter à la directrice de mon institut mon thème de recherche et les orientations choisies pour avoir son accord et

bénéficiaire de son carnet d'adresses. J'avais recensé une dizaine d'instituts implantés dans un rayon de deux cents kilomètres autour de chez moi.

2.1.4 Le prescrit explicité

Au regard de la présentation de mon sujet d'études et du courrier que je proposais adresser aux écoles, ma directrice a été séduite et a validé mes propositions en m'invitant à demander le programme de formation de chaque institut. Effectivement, je pourrais ainsi balayer les dispositifs de formation et leurs contenus en lien avec les unités d'enseignement « gestion des risques », « pharmacologie et thérapeutiques » et « processus ».

En accord avec mon directeur de recherche, j'ai envoyé ce courrier par mail sans plus attendre.

2.1.5 Les temporalités à l'œuvre

La notion de temporalité s'est alors imposée dans mon organisation. Déchargée de certaines missions professionnelles et par conséquent disponible, il m'a paru opportun de planifier ces entretiens rapidement entre la fin du mois de février et la fin du mois de mars.

Face à l'urgence de ma demande et de surcroît en période de congés scolaires, j'étais consciente de prendre le risque de n'obtenir que très peu de réponses mais j'ai misé sur l'objet de ma recherche qui pouvait interpeller les formateurs et susciter un intérêt partagé. « Ne pas perdre de temps, n'est-il pas en gagner ? »

2.1.6 Exploration du cadre fonctionnel REMED

En attendant les réponses des formateurs, j'ai orienté une autre recherche auprès du cadre de santé responsable de la cellule qualité du centre hospitalier dont je dépends. J'ai souhaité explorer plus finement son rôle et les visées de son intervention dans la gestion des déclarations d'erreurs d'administration médicamenteuse. Novice dans cette mission et très occupée à s'approprier ses nouvelles fonctions, elle m'a proposé, dans un premier temps, de m'adresser la procédure REMED (Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et aux Dispositifs médicaux associés). J'ai reçu un dossier très complexe de l'analyse de l'erreur composé de douze onglets au contenu très exhaustif.

La démarche de la REMED est un outil de traçabilité qui s'inscrit dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et dans l'évaluation des pratiques des professionnels de santé géré par une instance appelé CREX (comité de retour d'expérience). J'en ai retenu que Le CREX est un moment d'analyse collective et rétrospective de cas d'erreurs médicamenteuses rendus anonymes mais il me manquait des informations plus pratiques concernant l'aboutissement de cette procédure.

Pour avoir assisté à ce temps de rencontre pluri-professionnelle dans le cadre d'une erreur d'administration médicamenteuse réalisée par deux étudiants 3^{ème} Année, je me suis souvent interrogée sur le déroulement « inquisiteur » de cette procédure telle que je l'avais vécue et sur l'absence de suites que j'aurais souhaité connaître pour adapter l'accompagnement de l'étudiant.

2.1.7 Le cadre des entretiens

Dans le même temps et de façon très inattendue, j'ai commencé à recevoir les réponses aux demandes d'entretiens exploratoires. Ainsi, je disposais des coordonnées téléphoniques des formateurs intéressés par mon sujet et j'avais la possibilité de planifier des rendez-vous. Au regard de la situation géographique éloignée des instituts, j'ai programmé quelques jours de congés pour organiser mes déplacements. J'ai ressenti un intérêt partagé et une certaine disponibilité de la part des formateurs que je ne connaissais pas.

2.1.8 Les garanties théoriques de la menée des entretiens

Il m'a paru urgent de revoir, plus concrètement, ces entretiens que j'ai ciblés autour de l'analyse de l'activité. Afin d'instaurer des conditions d'altérité propice à l'énonciation de l'explicite mais aussi de l'implicite de leurs activités réelles, il m'a paru nécessaire de créer un cadre et de réunir les conditions nécessaires pour amener l'autre à s'exprimer facilement. Me concernant, je devais mobiliser mes capacités d'écoute, et notamment de mise en creux.

Effectivement, prendre conscience de la bonne distance vis-à-vis de mon objet de recherche qui, comme le cite CIFALI (CIFALI, 1999) s'avère une lutte où alternent un « être dedans » et la nécessité d'un « être dehors », est indispensable car je me dois de ne pas verbaliser des propos implicites ou faire preuve de subjectivité.

En tant qu'apprentie chercheuse, j'ai commencé à mesurer mon implication. A cet instant, les mots de Mireille CIFALI (CIFALI, 1999) expliquant l'approche de la clinique s'imposèrent à moi car je ne savais pas trop où j'allais ni vers qui malgré mes visées posées : « notre engagement et la conscience de notre subjectivité sont à la base même de notre recherche. Cela impose des exigences, entraîne à prendre des précautions ».

Pour commencer et afin de créer les conditions optimales d'altérité (MULLER M. 2008), j'ai appelé tous les formateurs engagés dans ma démarche pour me présenter et rappeler l'objet de mon travail. Puis, je leur ai proposé de me rendre sur leur lieu d'activité selon leur disponibilité avec comme seule exigence un temps de 45mn d'entretien.

Les premiers échanges téléphoniques m'ont permis de percevoir une appétence pour le sujet dans un cadre d'échange aisé et détendu. En quelques jours, je suis parvenue à programmer cinq entretiens dans un périmètre de deux cents kilomètres.

2.1.9 Les formes du recueil

Avant de me lancer dans cette nouvelle aventure, j'ai également pensé à simplifier les conditions matérielles de récupération des données.

Pour ne pas perdre d'informations sur ces temps d'entretien et ainsi libérer mon attention visuelle, j'ai opté pour un enregistrement des échanges avec mon téléphone portable en accord avec les formateurs. J'ai, auparavant, recherché la manière de retranscrire les échanges sur mon ordinateur à partir de mon téléphone. J'ai été rapidement rassurée par la fiabilité et la facilité d'utilisation de cette méthode que je ne connaissais pas.

Les conditions matérielles des entretiens, des imprévus liés à la neige et au verglas ont quelque peu bousculé les six entretiens que j'avais planifiés. Afin de ne pas prendre de risques inutiles, j'ai proposé à deux formateurs de réaliser des entretiens téléphoniques tout en ayant conscience que je ne pourrais pas observer leur comportement susceptible de traduire des réactions qui auraient pu m'interpeller et me permettre de rebondir sur leurs propos.

Au final, j'ai réalisé cinq entretiens directs et deux entretiens téléphoniques dans cinq instituts.

2.2 Déroulement et analyse des moments d'entretiens

C'est avec une certaine appréhension que j'ai débuté le premier entretien direct. Pour moi, c'était une première expérience. Le climat détendu et l'appétence perçue à échanger autour de mon sujet se sont confirmés et cela m'a permis de me détendre et de présenter le cadre que je m'étais fixé.

2.2.1 Les premières expériences

Après un temps de présentation mutuelle concernant les missions de chacun au sein de nos instituts respectifs, j'ai questionné les trois axes de ma recherche en quête de représentation de l'erreur, d'existence de la culture de l'erreur et sa signification, l'existence de situation d'erreur d'administration médicamenteuse chez un étudiant 3ème Année, des modalités d'accompagnement du formateur dans cette situation et l'enseignement didactique de l'erreur.

J'ai rapidement réalisé que l'utilisation du « JE » n'était pas toujours aisée pour le premier formateur. Pour y parvenir, j'ai spontanément expérimenté la méthode de l'instruction au sosie que je venais de découvrir dans le cadre de ma formation master. La visée de ces entretiens était bien d'obtenir une traçabilité explicite de leur activité.

Une formatrice m'a mis dans une posture délicate lorsqu'à la suite des présentations mutuelles, elle a réalisé qu'elle n'avait pas compris la visée de l'entretien. Elle pensait que je cherchais des informations concernant les fonctions de formateur en vue d'une inscription au concours de l'école des cadres. Elle a été très déstabilisée car elle ne se sentait pas en mesure d'aborder l'erreur au regard des UE qu'elle enseignait. En relisant le mail envoyé par sa directrice, elle s'est rendu compte qu'elle l'avait mal interprété. Confuse, elle m'a proposé d'appeler une de ses collègues responsables d'unités d'enseignements « pharmacologiques et thérapeutiques et « soins infirmiers et gestion des risques ». J'ai, bien évidemment, accepté en lui précisant qu'elle pouvait intervenir à tout moment. Cette situation inattendue m'a demandé d'improviser la guidance d'un entretien face à deux formateurs. La difficulté qui s'est imposée fut d'écouter et de répartir le temps de parole entre les deux formateurs qui avaient tendance à s'exprimer en même temps.

Finalement, ces entretiens directs se sont déroulés de manière fluide et sans temps mort. J'ai rapidement remarqué que les formateurs avaient une prédisposition à verbaliser

leurs activités avec aisance et sans retenue même s'ils ne parvenaient pas toujours à justifier leurs réponses.

Ils ont manifesté leur intérêt pour ce sujet au-delà du temps enregistré. Effectivement, c'est lors d'un temps à la marge alors que nous échangeons à bâtons rompus sur d'autres sujets qu'un formateur m'a transmis un mémoire sur l'erreur médicamenteuse et la relation de confiance soignant/soigné. Puis, alors que j'allais quitter son bureau, un second formateur m'a transmis les coordonnées d'un site internet pouvant m'apporter des situations réelles en lien avec l'erreur.

2.2.2 Les entretiens téléphoniques

Les entretiens téléphoniques m'ont paru plus difficiles à guider. Le premier formateur avait réservé sa matinée pour l'entretien car au regard des conditions météorologiques l'institut était fermé. Il était chez lui et donc disponible. Je n'ai pas regardé ma montre et l'entretien a duré 120mn. Je pense que le contexte du domicile et des chutes de neige empêchant toutes sorties a quelques peu bousculé le cadre que je m'étais fixé. C'est ainsi que j'ai eu beaucoup d'informations très intéressantes mais qui parfois débordaient du thème. L'exercice de recentrage m'a, une nouvelle fois, montré que je n'intervenais pas suffisamment tôt dans l'échange pour recadrer autour de l'objet de mon travail de recherche. Exercice très complexe au téléphone car je n'avais aucun point de repère visuel du formateur (mimiques, regard, changement d'attitude...). Cependant, ces moments de digression m'ont permis de récupérer l'adresse mail d'une étudiante infirmière 3ème année dont le sujet de mémoire traite de l'erreur d'administration médicamenteuse.

J'ai donc contacté cette étudiante, par mail, en lui proposant un entretien téléphonique pour qu'elle me parle de son expérience vécue en termes d'apprentissage et d'accompagnement. J'ai choisi un entretien téléphonique car mes occupations professionnelles ne me permettaient pas de reprogrammer un déplacement à l'autre extrémité de la région et, de son côté, je savais qu'elle était occupée à l'élaboration de son travail d'écriture.

2.2.3 Entretien avec le cadre de santé

Pour compléter mes recherches et éclaircir une dernière zone d'ombre, j'ai repris contact avec la cadre responsable de la gestion des risques qui m'a accordé un rendez-vous sur son lieu de travail. Forte de cette expérience d'interviewer, j'ai préparé des questions précises et j'ai limité l'entretien à trente minutes. Elle m'a donné des explications et ses objectifs de travail au regard de ses analyses. Lors de l'entretien, j'ai d'ailleurs assisté à une déclaration d'erreur par téléphone. En plus d'avoir rassemblé des éléments manquants à ma recherche, nos échanges ont ouvert sur une perspective de travailler ensemble sur le traitement de l'erreur avec un axe IFSI / cellule qualité. Encore un inattendu...Je venais de percevoir clairement l'intérêt de ma problématique. Cette première expérience à mener des entretiens exploratoires semi directifs a pointé une difficulté certaine à maintenir le temps alloué car je n'ai pas suffisamment centré mes questions. J'ai laissé dériver les échanges avec des formateurs très enclins à parler de leur pratique et j'ai réalisé qu'il n'était pas simple de stopper un interviewé. Certes, j'ai dépassé mes attendus mais le contenu de ces entretiens peut être précieux dans d'autres registres.

Il est certain que le travail de transcription fut colossal au regard de l'abondance de données et de la temporalité des entretiens que je n'ai pas toujours su recentrer et réguler.

Ce travail de recherche a soulevé un réel intérêt face à mon objet erreur et au regard des résultats des entretiens, je me suis demandée :

A quelles conditions une situation professionnelle au chevet du patient pourrait-elle devenir une situation d'apprentissage, avec pour élément de focalisation l'erreur d'administration médicamenteuse ?

RESULTATS DE L'ENQUETE

Je choisis de débiter cette analyse par un verbatim recueilli dans mes entretiens :
« C'est un sujet intéressant car les formateurs sont assez vite dans le dépassement, qu'est-ce qui se passe pour l'apprenant et surtout comment on l'accompagne ? ...car le traumatisme a lieu ».

Sept formateurs issus de différents instituts de formation en soins infirmiers (F1 à F7), un cadre supérieur de santé responsable de la gestion des risques (cadre) et une étudiante infirmière 3^{ème} Année en fin de formation (ESI) ont répondu à mes questions en montrant un certain intérêt au regard de la durée des entretiens. Le verbatim d'ouverture m'a engagé à classifier mon corpus selon trois points de vue :

- L'erreur pour apprendre.
- La didactique professionnelle mise en œuvre pour transformer la situation d'erreur au lit du patient en situation d'apprentissage.
- L'accompagnement de l'étudiant, dans le cadre d'un vécu traumatique, pour définir les contours de ce geste professionnel « curatif ».

1. L'ERREUR

Si j'émetts l'hypothèse que l'erreur peut être un outil pour apprendre, il m'a paru nécessaire de rendre visible sa représentation auprès des catégories professionnelles interrogées, les circonstances de son apparition et les moyens utilisés pour la faire sortir de l'ombre. Si l'un des formateurs affirme que l'erreur est « un acte manqué, qu'il n'y a jamais d'explication ...il faut lire les théories psychanalytiques des actes manqués ...et ils sont forcément arrêtés avant l'erreur », je tenterai de répondre à F4 « malgré tout ce qu'ils maîtrisaient correctement à L'IFSI ...qu'est-ce qui fait que sur le terrain ils ont commis des erreurs ? ».

1.1 Culture de l'erreur

Les institutions de formation ainsi que les hôpitaux dont ils dépendent se sont engagés dans une culture de l'erreur en créant une charte de l'erreur⁴. F4 en précise un contour « celui qui déclare ne doit pas être incriminé ni stigmatisé ».

Tous les formateurs s'accordent à dire que l'erreur est humaine et qu'elle peut arriver : « *On a une activité professionnelle qui fait que on n'est pas à l'abri de l'erreur...il faut l'assumer* » (F4). Ils n'associent pas l'erreur à la faute mais reconnaissent que la faute peut apparaître. Pour F5 l'erreur « *c'est se tromper de manière non intentionnelle...on n'en est pas conscient* ». Je n'obtiendrai pas d'autres précisions concernant la différenciation entre ces des deux termes. Cette question est vite éludée...

Selon F3 « *le sujet est hyper intéressant car on se rend compte qu'il y a encore une déniégation de l'erreur dans les services...on sait qu'elle existe mais il faut mettre un mouchoir dessus...* »

Certains formateurs énoncent deux types d'erreur : l'erreur grave et l'erreur minime. Pour F2 « *en cas d'erreur grave, on en parle en réunion pédagogique* » mais cette différenciation la fait réagir et après un temps de pause elle se demande « *s'il existe véritablement une erreur minime* ».

L'étudiante qui a enquêté, dans le cadre de son travail de fin d'études, auprès d'un directeur responsable de la gestion des risques d'un centre hospitalier rapporte ses propos « *il serait souhaitable d'en parler à l'IFSI car les étudiants mesurent qu'ils ont fait une erreur mais pensent que ce n'est pas grave.* » L'ESI explique qu'avant de partir en stage, les formateurs les préviennent du risque d'erreur mais qu'ils ne l'ont « *jamais vraiment abordée en tant que telle* ».

Un autre formateur explique que la déclaration de plusieurs erreurs réalisées au cours du premier stage du semestre 6 a déclenché la planification, en urgence, d'un temps de remédiation de quinze minutes, en promotion complète. La visée étant d'alerter les étudiants 3ème année sur le risque d'erreur en insistant sur les verrous de sécurité et notamment sur « *la règle des 5B* ». Il précise que cette intervention « *n'a pas suscité de réaction et d'échange entre les étudiants et les formateurs* ».

⁴ Voir annexes

1.2 Les causes de l'événement

Les entretiens ont permis de repérer différentes causes liées au déclenchement du processus de l'erreur que je propose de mettre en lumière.

1.2.1 Délégation des tâches

Pour des raisons organisationnelles de service, l'étudiant est « *dispensé de la préparation des médicaments qui est gérée par la pharmacienne* » (F2). Par conséquent, il peut distribuer des médicaments qu'il n'a pas préparés et qui peuvent être difficilement identifiables car déconditionnés. Il n'a pas moyen de vérifier les verrous de sécurité avant l'administration.

L'ESI rapporte son expérience concernant la distribution des médicaments. Elle explique que la distribution des médicaments, à deux, avec une infirmière est une pratique courante. Cette pratique s'oppose aux principes transmis en institut.

Elle relate les faits suivants : « *l'infirmière me dit d'aller aider l'autre infirmière à distribuer les médicaments ...elle me dictait les noms...elle me disait ...c'est pour madame untel, la dame avec le gilet turquoise ...et je ne sais pas pourquoi dans ma tête je n'ai pas vu le gilet turquoise de la bonne couleur et je me suis trompé de patiente...je l'ai même aidée à prendre son médicament* ».

1.2.2 Charge mentale élevée

Le stress des premiers jours de stage dans un service inconnu, la charge de travail importante qui s'impose à l'étudiant dès les premiers pas posés dans le service et l'enchaînement de tâches qui fatiguent et déconcentrent sont les principales raisons évoquées par les formateurs et l'ESI.

Comme le décrit l'ESI « *j'ai fait pas mal de trucs ...les pansements le matin, la vérification des piluliers. ... j'étais déconcentrée... je demandais à chaque fois ...et j'étais stressée* ».

La pression que certains étudiants 3eme année s'infligent en fin de formation peut conduire également à l'erreur « *...ils se mettent la pression...ils ont voulu pendre en charge tout de suite un secteur complet de patients...plutôt que d'y aller* ».

progressivement surtout pour celui qui n'en a pas les capacités...ils ne mobilisent pas la compétence 9⁵ » (F4).

Selon trois formateurs (F1 F2 F3), les étudiants arrivent sur le terrain avec leurs soucis et leurs préoccupations en lien avec une situation familiale et financière qui parasitent leurs activités et peuvent conduire à l'erreur.

Selon l'ESI, la peur de commettre une erreur en se trompant dans les calculs de dose majore le risque.

1.2.3 Posture réflexive peu développée

Les étudiants n'évoluent pas tous au même rythme, comme constatent les formateurs : *« Certains ne sont pas dans une posture réflexive et vont en stage ...ils font comme les professionnels sans se poser de question ...à se dire...est-ce que ce que je fais correspond à un système sécuritaire ? » (F3).*

1.2.4 Absence de vérification

L'étudiant relève que la distribution des médicaments se fait uniquement à partir des piluliers sur lequel figure le nom du patient. Elle se déroule sans les dossiers patients contenant les prescriptions médicales.

L'absence de vérification du produit médicamenteux avant sa préparation est également une cause d'erreur. Un formateur se souvient d'un étudiant qui a pris un soluté rangé au mauvais endroit par un autre étudiant. N'ayant pas vérifié le nom du produit, il a pris un autre soluté.

1.2.5 Erreurs de calcul de dose

Les calculs de dose sont une des sources de difficulté confirmée par tous les formateurs.

F6 illustre ce propos : *« eh ben là ...y a du boulot ».*

Certains étudiants ne maîtrisent pas la démarche du calcul alors que d'autres *« calculent, vérifient et malgré tout ne s'aperçoivent pas de leur erreur ...et confirment que le calcul est juste ».*

⁵ Compétence 9 : organiser et coordonner des interventions soignantes

1.2.6 Erreurs de lisibilité de la prescription médicale

Malgré des travaux dirigés axés sur la lecture des prescriptions médicales sur support papier, l'étudiant « *ne lit pas toujours la prescription avec justesse.* » (F2)

1.2.7 Interruption des tâches

Un étudiant tutoré par un infirmier sur une préparation de médicament injectable n'est pas à l'abri de commettre une erreur au moment où le professionnel se retire pour répondre à une demande. L'interruption des tâches peut générer une erreur comme l'illustre F3. Il rapporte qu'un étudiant s'est retrouvé seul à un moment donné de son apprentissage qui consistait à préparer un injectable. L'infirmière a été appelée. « *L'ESI a pris l'initiative d'injecter sans attendre le retour de l'IDE qui lui avait pourtant demandé de l'attendre ...il a injecté la seringue entière de morphine au lieu d'injecter un millilitreil n'avait pas compris la visée et les risques du traitement* ».

1.3 La déclaration de l'événement indésirable

Les échanges avec le cadre de santé supérieur responsable de la gestion des risques ont permis de confirmer que la culture de l'erreur évolue au sein des services de soins. Les déclarations d'événements indésirables en sont une preuve irréfutable bien qu'il reconnaisse qu'il y ait encore « *des choses à faire* » pour les rendre exploitables dans les institutions. Ainsi, il m'a paru incontournable de questionner cette procédure institutionnelle dont l'existence n'est pas toujours connue des formateurs.

1.3.1 Un éclairage sur la procédure

La procédure de déclaration des événements indésirables ne se déclenche que si l'étudiant et le professionnel ont conscience de l'intérêt que peut apporter cette démarche. Ainsi, la cadre de la gestion des risques précise que l'étudiant doit, dans un premier temps, « *prendre conscience de son erreur puis l'évoquer à un professionnel...surtout s'il est seul car il peut hésiter à la dire ...voire la taire* » et dans un deuxième temps « *remplir une fiche d'événements indésirables sur le logiciel du service qui est en réseau avec celui de mon service qualité* ».

Elle explique la procédure : « *c'est en général l'infirmière ou la cadre de santé du service qui déclare l'événement en précisant les noms des protagonistes, le service, la date et l'heure de l'événement associé à un descriptif de ce qui s'est passé puis les mesures immédiates qui ont été prises* ». Puis, la cadre de la gestion des risques « *après lecture, envoie une copie de la fiche d'événement indésirable à la pharmacienne, à la directrice pédagogique de l'institut de formation et au cadre de santé du service qui pour lui sera anonyme.* » Ensuite s'en suit la planification de la rencontre avec le CREX⁶ qui a pour objet « *de valoriser la démarche de déclaration et de repréciser la visée qui n'est pas de juger mais bien de transformer ses pratiques* ».

1.3.2 Ce qui empêche

Formateurs et étudiante interrogés affirment, sans hésitation, que l'enjeu de la validation des compétences, du stage et de surcroît de l'obtention du diplôme d'état est un frein à la déclaration de l'erreur. De plus, selon l'enquête de l'ESI auprès du directeur du service qualité, « *les soignants ne jugeraient pas utile de déclarer si le médecin est prévenu oralement* » et il émet l'éventualité que « *certaines professionnels prendraient les erreurs à la légère* » au regard d'absence de déclaration au sein de sa structure.

Cependant, un autre formateur constate une évolution concernant cet objet suite au changement de direction de l'hôpital et évoque que « *le terrain se sent plus responsable* ».

Selon F7, il se peut que le CREX ne retourne pas le compte rendu d'analyse de l'erreur auprès des formateurs. Ce serait, pour lui, une raison suffisante à ne pas engager une déclaration : « *ça ne sert à rien de déclarer parce que il n'y a pas de retour...c'est ça qu'ils incriminent souvent ...les étudiants ... parce qu'ils remplissent la fiche d'événement indésirable et après ça va où ...les étudiants ils le voient bien ...ça n'a pas de sens pour eux* ». Ce formateur déplore qu'il n'a jamais de retour de ces analyses réalisées au sein du CREX ...il dit « *ça part on ne sait où* ».

Un autre formateur remet en cause cette démarche dont il m'avoue ne pas connaître l'existence et qui selon lui, ne peut aboutir qu'à « *ramasser l'étudiant à la petite cuillère* ».

⁶ Comité de retour d'expérience

1.3.3 Les limites

Cette procédure qui initialement paraît être conçue pour améliorer l'activité du professionnel donne à voir des limites énoncées par le cadre supérieur. Effectivement, cette procédure suppose de répondre à certaines conditions pour que la démarche aboutisse aux changements des pratiques du ou des « héros⁷ ».

1.3.3.1 La nécessité de réunir tous les membres du comité (CREX)

Pour la cadre supérieure de santé, réunir toutes les personnes concernées par cette situation d'erreur s'avère être une tâche compliquée. Cela demande de trouver une date commune entre cinq personnes (étudiant, cadre de santé du service, infirmière de proximité, pharmacienne et cadre supérieur de la gestion des risques) en sachant que les congés et les éventuels horaires de nuit des professionnels limitent les possibilités. Elle ajoute que si l'erreur se produit avec des stupéfiants, il y a nécessité de réunir sept personnes ... « *il va falloir ramer pour trouver une date commune et en urgence.* » dit-elle.

1.3.3.2 La présence de l'étudiant au comité

La durée du stage de l'étudiant est également à prendre en compte en sachant qu'il ne sera pas rappelé si son stage est terminé. Par conséquent, l'analyse n'aura pas lieu au sein du CREX. « *Ce qui arrive quand l'étudiant commet une erreur la dernière semaine de stage...je n'ai pas le temps de réunir tout le monde en quelques jours* » précise le Cadre Supérieur de Santé de la gestion des risques.

1.3.3.3 La décision de la pharmacienne

C'est à la pharmacienne que revient la décision de réaliser un CREX et notamment de demander une analyse de pratique à l'étudiant. Là encore, la cadre de santé supérieure énonce la difficulté d'obtenir une réponse rapide de la pharmacienne au regard de ses multiples compétences.

⁷ Organismes de la pratique et/ou de l'activité enseignante – I. VINATIER et P. PASTRE (2007)

Les entretiens montrent que l'erreur réalisée par l'étudiant infirmier au chevet du patient est bien une réalité. Les formateurs se rejoignent sur les différentes causes de l'erreur qui se confondent, par ailleurs, avec les données théoriques. En revanche, la culture de sécurité des soins introduite par L'HAS pour améliorer la qualité et la sécurité des soins demeure obscure au sein de la formation. Un manque d'information, de communication et de collaboration entre le service qualité responsable de la gestion des risques et les formateurs en instituts est perceptible et impute la déclaration de l'événement indésirable. Après avoir repéré les difficultés à mettre en place une culture de l'erreur pour améliorer la sécurité des soins, j'ai souhaité questionner la place de l'erreur en didactique.

2. LA DIDACTIQUE PROFESSIONNELLE

L'erreur au lit du patient est bien une réalité dans la pratique sociale qui relève du soin. A partir de ce constat, je me suis demandé si cette erreur en situation réelle pouvait être le sujet d'une contre-transposition en situation apprenante et de quelle manière. Pour répondre à cette question, j'ai recherché s'il existait des dispositifs didactiques élaborés à partir des situations d'erreur rencontrées sur le terrain. Je me suis demandé si les formateurs interrogeaient la rupture dans l'organisation de l'activité et la mobilisation des savoirs en action pour tenter de comprendre l'agir. Qu'existe-t-il comme moyens didactiques qui permettraient à l'étudiant de reprendre son développement professionnel et de lui éviter la réitération de l'erreur ?

2.1 Analyse de pratique : un outil pour comprendre son erreur

A l'unanimité, formateur, cadre de la gestion des risques et ESI confirment qu'une erreur déclarée déclenche, dans les jours qui suivent l'événement, l'élaboration d'une analyse de la pratique de la part de l'étudiant. Il lui est demandé de la présenter au CREX ou à son formateur référent si le CREX ne peut réunir tous les acteurs avant la fin du stage.

Tous les formateurs demandent une analyse de la pratique écrite suite à la réalisation d'une erreur d'administration médicamenteuse « *Pour comprendre ce qui s'est passé* ». Cette demande est institutionnelle. Les échanges autour de l'analyse de pratique se déclinent sous deux formes :

- L'étudiant lit son analyse écrite devant le comité de retour d'expérience qui en parallèle recherche d'autres facteurs au sein de l'organisation du service et de l'activité du professionnel accompagnant. Puis l'étudiant continue son stage avec la possibilité de rencontrer le formateur s'il le souhaite.
- Si le CREX n'a pas lieu pour des empêchements organisationnels, les échanges autour de l'analyse se font par mail avec une correction du formateur sous forme d'annotations à la marge. D'après F3 « *Si l'analyse n'est pas suffisamment réflexive, une deuxième version écrite est demandée à partir de mes commentaires* ». Là encore, l'étudiant peut rencontrer son formateur référent s'il le demande.

Pour les formateurs, ce temps de lecture et de correction est chronophage « *qui dit lecture dit écrire ...dit lecture de la personne qui reçoit ...c'est un peu comme une correspondance qui demande de la disponibilité* » (F1)

Les formateurs s'accordent à dire que les ESI « éprouvent des difficultés à écrire et à se remémorer un vécu traumatique ». F1 illustre cette difficulté en rapportant les paroles d'un étudiant : « *oh la la, aidez-moi* »

Selon eux, la visée de l'analyse de pratique de l'étudiant permet de comparer ses pratiques aux bonnes pratiques et d'évaluer sa marge de progression. C'est un moyen d'évaluer la prise de conscience des risques encourus, les conséquences sur le patient. La posture réflexive de l'étudiant est attendue ainsi qu'un raisonnement clinique fiable sur son activité.

Les formateurs justifient l'utilisation de cet outil d'apprentissage pour « *Comprendre ce qu'ils ont dans leur tête* » (F5), « *Débrouiller l'affaire...en utilisant la méthode alarme* » (F4). La méthode alarme est un outil préconisé par l'HAS pour identifier les problèmes, les causes visibles et profondes, les actions réalisées à l'instant T et les actions correctives. L'analyse de pratique un moyen de « *Travailler sur eux-mêmes* » (F2), « *d'éviter que l'erreur ne se reproduise* » et c'est « *faire de l'erreur quelque chose de positif* » (F6).

Bien que l'étudiante avoue que l'analyse de sa pratique « *l'a fait réfléchir sur sa posture d'ESI* », je me demande si l'approche didactique par l'écriture de l'analyse de la tâche est suffisante pour comprendre le déroulement de l'action et transformer cette situation d'erreur en situation d'apprentissage fiable.

F5 exprime les difficultés qu'il rencontre : « *Toute la difficulté est de comprendre ce qui fait qu'il s'est trompé à un moment donné, de comprendre tout le processus qui s'est passé pour que l'étudiant arrive à l'erreur ou ce qui ne s'est pas passé pour qu'elle arrive* ».

Les entretiens révèlent d'autres moyens d'exploiter l'erreur réalisée au lit du patient.

2.2 TD « Sherlock Holmes »

Dans le cadre de l'Unité d'enseignement 2.11 « pharmacologie et thérapeutiques » du semestre 5, F2 explique qu'il aborde l'erreur en lien avec l'unité intégrative 5.5 « Mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins ». Il part du postulat que les étudiants « *aiment bien les situations réelles ...ça a un côté réaliste* » et également « *qu'ils ont développé suffisamment de capacités réflexives* » pour animer un TD sur l'erreur d'administration médicamenteuse basé sur le jeu de « jouons à Sherlock Holmes ».

Dans un premier temps, soit pendant une heure, il demande aux ESI d'être partie prenante au TD puis il leur présente successivement deux situations d'erreur à analyser. Elles sont issues de situations réelles puisées dans son expérience professionnelle et dans les archives du service « gestion des risques ». La situation relate un constat d'une situation professionnelle comportant une erreur non identifiée en tant que telle. Il en donne un exemple : « *Vous avez distribué tous les médicaments aux patients de votre secteur, vous arrivez dans la salle de soins et vous vous apercevez qu'il reste le médicament du matin dans le pilulier* ».

À la suite de cette présentation succincte, il leur demande « *ce qu'ils feraient dans cette situation, qu'est-ce qu'ils comprennent de la situation et quelle action ils décideraient sans faire appel à un collègue infirmier* ».

L'objectif de ce TD est d'analyser leurs capacités de raisonnement et de questionnement au sein de groupes restreints d'étudiants.

Il s'adapte aux questions posées, les interroge sur la faisabilité de leur proposition d'action « *est-ce que c'est vraiment ça ? Est-ce que vous pensez vraiment que ça c'est possible ? Et si c'est possible pourquoi ? Sur quoi repose ma décision ? Je fais référence à quoi ? Je ne peux pas rester comme ça, il faut décider* ».

Il attend que les ESI interrogent leurs doutes qui peuvent être un signal d'alarme pour stopper l'action, les verrous de sécurité à mettre en place, le circuit du médicament, les articles légiférant cette activité et leur disposition à dévoiler l'erreur au patient.

Dans un deuxième temps, soit dans l'heure suivante, il leur demande d'écrire sur un papier et de façon anonyme, une situation d'erreur que les étudiants ont éventuellement vécue. Il tire au sort une situation et peut demander des précisions sur la situation pour qu'elle soit exploitable. Il exploite ce dispositif comme le précédent en sachant que c'est parfois le moment où un étudiant dévoile une erreur qu'il n'a pas déclarée jusqu'à cet instant T.

Pour lui, la visée de ce TD consiste également à « *repérer les erreurs les plus courantes ...on rencontre souvent l'erreur d'insuline ...eh bien ça donne du sens ...ça donne de la réalité quand c'est eux qui amènent la situation* ».

2.3 TD « calcul de dose »

Les formateurs évoquent, à tour de rôle, la fréquence de l'erreur de calcul de dose. Les raisons évoquées sont des erreurs de compréhension d'énoncé ou une incapacité à maîtriser les opérations de base. L'étudiante confirme cette difficulté, sans cacher son désarroi, « *j'ai rencontré beaucoup de difficulté notamment par rapport aux gammas parce que c'est très compliqué...* »

Les calculs de dose sont abordés dans l'UE 2.11 S1 « pharmacologie et thérapeutiques », lors de TD, en petits groupes de vingt étudiants. Dans certains instituts, les formateurs les requestionnent dans les sept unités d'enseignements en lien avec les processus. Par exemple, dans le processus inflammatoire, il peut être demandé de calculer une dose d'antibiotique par prise à partir d'une prescription médicale.

Au regard du faible pourcentage de réussite aux évaluations concernant les calculs de dose ou au regard des difficultés rencontrées en TD, certains formateurs proposent des ateliers d'aide à la réussite basé sur le volontariat.

Selon l'ESI, il s'agit de s'exercer aux calculs avant les partiels. Un temps de travail dirigé de 2 heures est programmé. « *Le formateur passe vers chaque étudiant pour voir ce qui ne va pas ...nous explique ...tout ça* ». Puis, un second TD de 2 heures basé sur le même principe est planifié pour ceux qui ont des difficultés. Si les problèmes persistent, les formateurs les engagent à retravailler les calculs à partir d'ouvrages dédiés qu'ils peuvent trouver à la bibliothèque de l'institut.

L'ESI qui termine sa formation et qui a participé à ces ateliers rapporte « *je ne suis peut-être pas encore à l'aise... mais si j'en refais...oui.... Je pense qu'il faut en faire régulièrement pour ne pas perdre la main* ».

D'après le formateur F3, l'erreur de calcul de dose en stage n'est pas toujours réinterrogée avec le formateur référent sous prétexte que c'est interrogé dans les UE pharmacologie.

2.4 La chambre des erreurs

Ce dispositif permet de repérer des erreurs dissimulées dans une chambre de patient reproduite dans les locaux de l'institut. Il a pour but « *de documenter l'erreur, aller voir c'est quoi l'erreur, c'est quoi les bonnes pratiques, qu'est ce qu'en disent les auteurs ?* » (F4). Les ESI émettent des hypothèses et proposent des pistes de réajustement.

Dans le cadre des TD « analyse d'erreur » tous les formateurs ne choisissent pas forcément des situations réelles comme l'exprime F3 qui peut prendre des situations réelles et inventées. Il ne s'appuie pas sur une erreur de titration de morphine qu'il a rencontrée pour réaliser l'apprentissage de cette activité. L'objectif de son TD n'est pas uniquement centré sur le geste technique mais il consiste aussi à identifier le rôle infirmier au niveau de la déclaration d'événements indésirables.

F6 constate qu'il n'y a pas de TD interrogeant la compréhension des prescriptions médicales contrairement à F1 qui propose ce TD mais reste insatisfait du dispositif. Pour lui, il ne correspond pas au travail réel car la lecture des prescriptions sur papier ne questionne pas la même démarche que la lecture des prescriptions sur le dossier informatisé : « *la lecture des prescriptions médicales sur logiciel doit faire partie de nos objectifs car les soignants leur disent ...ah ben...tu verras ça plus tard ...c'est chiant...je vais gérer* ».

Les entretiens mettent en évidence que l'erreur est un outil utilisé en formation. Tous les formateurs n'exploitent pas des situations réelles d'erreur pour construire leurs travaux dirigés alors qu'ils possèdent tous des situations authentiques. Il leur arrive d'inventer des situations.

Les travaux dirigés réalisés dans le cadre de l'unité d'enseignement « pharmacologies et thérapeutiques » soulèvent des difficultés au niveau des calculs de dose. Les formateurs

sont unanimes face à cette déclaration et reconnaissent leur limite à former les étudiants à la compréhension des calculs de dose.

L'approche par l'analyse des situations réelles permet de développer des capacités réflexives et un questionnement pertinent. Cependant la démarche d'analyse ne peut se faire sans un accompagnement du formateur pour orienter l'étudiant à se poser les bonnes questions.

3. L'ACCOMPAGNEMENT

Je me suis demandé quelle était la posture clinique de ce geste émergent. J'ai questionné la démarche, les empêchements et les tensions. J'ai souhaité explorer les principes essentiels de l'accompagnement décrit dans le livre de Jean Marc PARAGOT⁸.

Le formateur F6 ne connaît pas les modalités de l'accompagnement qui figurent dans le plan de formation de son établissement : *« je n'en ai pas connaissance...je suis désolée et elle appelle sa collègue pour répondre à mes questions...je ne peux en dire plus ...heu... »*.

Le formateur F4 dit ne pas se souvenir d'avoir accompagné une ESI dans une situation d'erreur *« ça m'échappe...il en avait parlé pourtant... »*.

Cependant, les autres formateurs expliquent leur manière d'aborder ce geste au travers de différents prismes.

3.1 Le cadre

Le cadre rassure et permet l'engagement du formateur et de l'étudiant dans cette relation intersubjective. Pour tous les formateurs, les échanges ont lieu à l'institut dans le bureau du formateur qui est selon eux *« le seul endroit où ils ont la possibilité ou non de s'exprimer »*. Initialement, il peut y avoir une première rencontre avec l'étudiant dans le service si l'erreur est déclarée (F1).

Les formateurs sont unanimes quant aux ressentis de l'ESI dans ce contexte d'erreur : *« Ils sont anéantis, n'ont plus confiance en eux, c'est une remise en question complète de leur formation, c'est une déception surtout pour ceux qui n'avaient pas de problème, ils développent une angoisse vis-à-vis des traitements »*.

⁸Paragot Jean-Marc (2014). Parcours d'un responsable de formation. Paris : L'Harmattan

L'ESI interviewée confirme ce constat : « *J'avais besoin d'en parler...je n'étais pas bien...la charge émotionnelle m'a empêchée de prendre contact rapidement avec mon formateur... je ne voulais plus travailler avec l'infirmière avec qui s'est passée l'erreur* ».

De ce fait, ils font preuve de « bienveillance en mobilisant leurs capacités d'écoute active autour du ressenti de l'ESI » : « *Je transfère beaucoup d'invariants de la relation d'aide que j'ai exploitée dans mon métier d'infirmière en soins palliatifs ...à la relation pédagogique ...comme l'écoute* » (F5). « *C'est débriefer avec lui pour savoir comment il ressent, comment il a vécu l'erreur, parce qu'on sait que ça va le déstabiliser* » (F2).

Un formateur fait référence à son parcours professionnel pour le rassurer et n'hésite pas à lui parler de l'erreur qu'il a commise (F3).

Pour accompagner les étudiants, il existe un outil de médiation mis en place en 1^{ère} année de formation mais le formateur déplore que cet outil ne soit pas repris d'une année à l'autre. Il s'agit d'une carte postale sur laquelle l'étudiant énonce ses souhaits, ses difficultés ou à l'inverse ses facilités.

3.2 La temporalité

Tous les formateurs expliquent que les ESI bénéficient d'un temps d'accompagnement avec leur formateur référent en IFSI. Il est réparti sur chaque semestre. Une temporalité instituée au cours de laquelle les formateurs accordent quarante-cinq minutes à une heure d'échange avec l'ESI. Dans le cas d'une erreur, l'ESI peut bénéficier d'un contrat pédagogique pour « *ne pas être lâché dans la nature* » (F3). Ce cas de figure permet d'augmenter les temps de suivi pédagogique. En l'absence de ce cadre pédagogique et pour répondre aux difficultés d'un ESI, notamment en lien avec les calculs de dose, l'accompagnement est organisé sur la base du volontariat.

Un formateur s'accorde un temps privé en donnant son numéro de téléphone privé à une ESI 3^{ème} année qui réalise son stage de semestre 6 dans une structure très éloignée de l'institut.

3.3 Le contenu des échanges

Les échanges entre les deux protagonistes posent question. F5 se demande « *Que mettre dedans ?* ». F2 affirme avec une certaine hésitation « *c'est quelque chose que l'on doit retravailler en collectif* » et F1 déplore ne pas avoir eu de formation à

l'accompagnement. F7 explique que c'est « *Un dosage à trouver dans l'accompagnement parce qu'ils sont déjà stressés, ils ont peur de se tromper et du coup ...voilà ... ça arrive* ». « *Il ne faut pas en rajouter ...pour ne pas le détruire ...mais ne pas prendre à la légère non plus ...s'il n'y a pas de conséquence on n'en fait pas un plat* » répond F6 (en haussant le ton).

Au regard des remarques qui apparaissent sur les rapports circonstanciés, la guidance de l'étudiant questionne son changement de posture comme le verbalise F3 : « *J'ai conscience qu'un changement de posture est à impulser ...mais comment ?* ». On le retrouve également dans le choix de la prise en charge d'un secteur « *on leur dit de ne pas dépasser une prise en charge de six patients pour commencer* ». « *Ils veulent être copains avec tout le monde ...ils n'osent pas dire non...et ils font une erreur ...c'est leur propre capacité à pouvoir se positionner* » (F4). « *Notre job ...ce n'est pas leur mettre la tête sous l'eau ...c'est de voir ce qui a été, pas été et d'en faire quelque chose derrière* » (F4).

A l'unanimité, ils questionnent les ressources, les connaissances l'environnement et la survenue de problèmes personnels (F1 F3 F4) pour rechercher des facteurs déclenchant l'erreur.

Pour un autre, l'échange commence par montrer à l'ESI que le formateur est engagé dans son accompagnement en lui donnant ses coordonnées téléphoniques personnelles et en lui expliquant ce sur quoi il s'engage avec lui.

La notion de responsabilité est également soulevée mais le formateur ne précise pas comment il exploite cette approche « *l'amener à être responsable* » (F4).

Selon un formateur, la situation d'erreur n'est pas propice aux échanges entre les étudiants. Ce constat est confirmé par L'ESI qui n'a pu en parler « *qu'à ses proches amis de la promotion qui ont d'ailleurs mesuré que l'erreur leur était accessible* ».

L'ESI confirme qu'elle a eu beaucoup d'échanges par mail avec sa formatrice « *L'erreur s'est produite au début du stage...je n'ai pas bénéficié de RDV à l'IFSI pendant mon temps de stage en dehors des visites de stage...mais j'aurais pu le demander* ».

En dehors des suivis pédagogiques institués, il n'y a pas d'autres rendez-vous programmés à l'institut si l'ESI ne le demande pas.

3.4 Les difficultés émergentes

Au regard de cette situation envisageable « *parce que c'est un métier de l'humain et que l'erreur est possible* » (F6), chaque formateur reconnaît à un moment donné « *Qu'accompagner ce n'est pas facile* », « *c'est difficile* » et surtout lorsque l'ESI ne prend pas conscience de son erreur. Ils évoquent diverses raisons à l'origine de cet écueil.

3.4.1 L'imprévu

La survenue de l'erreur crée un climat de perturbations et de précipitations : Selon F1 « *On n'est pas préparé, ça chamboule l'organisation* ». Il se demande « *comment on va accompagner cet étudiant qui a vécu un traumatisme* ». Quant à F4, il énonce « *Lorsqu'on découvre l'erreur sur leur document d'analyse de pratique que l'on reçoit par mail...on appelle tout de suite le service et des fois on demande à l'ESI de venir à l'IFSI s'il n'est pas en stage trop loin ou on l'appelle* ».

3.4.2 La répétition de l'erreur

Pour certains, l'accompagnement se révèle compliqué lorsqu'un étudiant cumule les erreurs ou les minimise : « *Les situations d'accompagnement qui sont les plus compliquées ...c'est bien souvent quand les erreurs s'accumulent et qu'elles continuent à s'accumuler et ...heu...je n'arrive pas à trouver le levier pour faire...* » (F1).

Pour d'autres, la prise de position dans cette situation n'est pas toujours partagée par les ESI et les collègues formateurs comme l'énoncent F5 : « *On a blindé le stage suivant...on a prévenu l'équipe* » et F6 « *On a fait un courrier pour avertir que l'ESI est en difficulté avec les calculs de dose, je l'ai bien accompagné et c'est l'ESI qui devait le transmettre à l'équipe. Ça a été controversé par les ESI qui se sentaient stigmatisés et les formateurs n'étaient pas tous d'accord avec ça* ». « *C'est faire prendre conscience de l'erreur parce que c'est vrai il y en a qui la minimisent ou ne la voient pas* » (F2). « *On travaille la place de l'étudiant dans l'équipe, comment il peut solliciter les professionnels et qu'est-ce qu'il peut mettre en place comme outil pour ne pas aller à l'erreur* » (F4).

Dans ce cas d'erreur répétée sur le même lieu de stage, la fiabilité vis-à-vis de l'ESI se pose : « *Si l'ESI n'est pas fiable ...il ira avec les aides-soignantes ...mais il n'y a pas de*

procédure ...chacun fait comme il le sent » (F6) alors que F4 explique que les décisions ne sont pas formateurs- dépendants car la directrice les aide dans leur décision.

3.5 Les limites

L'analyse des modalités de l'accompagnement montre des limites auxquelles se heurtent certains formateurs.

3.5.1 Non déclaration ou déclaration tardive de l'événement

La déclaration d'une erreur qui apparaît à distance de l'événement, au cours d'un TD ou d'une analyse de pratique impose des limites à l'accompagnement comme le constate F4 : « *Quand on en a connaissance très à distance ...on ne peut pas en faire grand-chose...ils n'ont plus beaucoup de souvenir* ».

F5 fait émerger la notion de « *doute sur qui a fait l'erreur ... l'ESI se sent coupable et ce n'est pas forcément lui* » et souligne que les données recueillies dans l'analyse de pratique de l'ESI sont incomplètes pour lever ce doute.

La nécessité de déclarer l'erreur est essentielle pour accompagner « *savoir qu'il a fait l'erreur, ne pas la masquer* ».

3.5.2 Absence de traçabilité

L'absence de traçabilité dans le dossier de suivis pédagogiques de l'étudiant et le manque d'information concernant les diverses problématiques de l'étudiant sont un frein à l'accompagnement : « *La traçabilité peut parfois être très sommaire... (rire agacé) ...les formateurs ne tracent pas forcément toutes les informations...quand on me dit : ah ben oui c'est pas étonnant....je réponds ...qu'est ce que tu m'as transmis pour que je sois en alerte vis-à-vis de cet étudiant ?*» (F3). « *On ne sait pas toujours ce qu'ils font réellement* » (F5). L'accompagnement est difficile « *on demande aux étudiants d'être très attentifs à ce que le portfolio soit rempli par les professionnels ... avec le carnet de bord créé par l'institution ... un par stage...ça reste une traçabilité par rapport à son apprentissage* » (F3).

3.5.3 Contexte psycho affectif et social des ESI et limite de la substituabilité

Face aux problématiques psychologiques de l'étudiant, aux doutes face à des comportements addictifs, certains formateurs mesurent leurs limites à entrer dans la vie privée et proposent aux ESI de consulter la psychologue du travail » (F1, F2, F3). « *Jusqu'où on est formateur ? Moi je leur dis souvent ...je ne suis pas psychologue et pas thérapeute ...je suis formatrice... infirmière de formation* ». « *Que fait-on de la fragilité des ESI ?* » (F6). « *Il nous est arrivé d'avoir les deux parents en entretien ...elle était en souffrance et ses parents la poussaient à aller là-dedans* » (F7).

Comme ses collègues, F7 se heurte parfois à « *des postures en lien avec la culture et le niveau de l'ESI qui n'adapte pas ses réactions et son rythme face à l'urgence ou au rythme de travail qui nécessite de faire plus vite ...* ». Il ne sait pas ce qu'il peut faire avec cet étudiant.

Et puis, il y a les étudiants qui ne verbalisent pas facilement par conséquent les échanges sont pauvres. Ils ne sont pas faciles à accompagner (F4).

3.5.4 Contexte socio-économique

Le courant économique actuel qui consiste à faire des économies de santé met les formateurs dans l'embarras. En effet, certains étudiants acceptent de réaliser une injection non préparée par leurs soins parce que l'infirmière leur demande. Ils s'insurgent car sont pris entre deux postures : celle « d'obéir » et celle de se mettre en sécurité : « *alors je fais quoi, moi, je prends tout ce qu'elle a préparé et je jette à la poubelle ? Et j'en prépare une autre* » et F2 répond « *qu'est ce que je répons à ça moi, ne serait-ce qu'un point de vue économique, il sait très bien... l'étudiant ...qu'il ne pourra pas le faire en stage* ».

Les formateurs évoquent des difficultés à s'approprier une posture d'accompagnement dans la situation d'erreur. Certains manquent de moyens et s'appuient sur leur expérience professionnelle en faisant référence à la relation d'aide. Ils expriment leurs limites et leurs besoins d'en parler en équipe. L'absence de collaboration entre le terrain et l'institut ne facilite pas l'accompagnement notamment lorsque l'erreur n'est pas déclarée ou en l'absence de retour d'information concernant l'analyse d'erreur. Les formateurs reconnaissent que les problématiques liées aux contextes économiques du

terrain et aux situations affectives et sociales des ESI sont des éléments à prendre en compte pour accompagner sans toutefois savoir comment s'y prendre.

Je propose d'analyser les résultats obtenus en les croisant avec le cadre théorique afin d'envisager des perspectives de développement professionnel concernant la formation et l'accompagnement.

ANALYSE DES RESULTATS ET PERSPECTIVES

La formation par alternance appelle à une mobilisation de ressources diverses : connaissances, savoir-faire techniques et relationnels, savoirs procéduraux. Elle suppose une « interaction » entre les temps théoriques et les temps pratiques pour que ces temps s'alimentent mutuellement. Si les périodes en formation préparent aux apprentissages en situation de travail et les périodes de stage orientent l'apprentissage, je propose d'analyser les conditions qui permettent ou qui pourraient permettre que l'erreur d'administration médicamenteuse survenue au lit du patient devienne une situation pour apprendre. Comment cette situation de travail qui présente une erreur est-elle traitée pour qu'elle devienne situation d'apprentissage ?

1. LA CULTURE DE LA SECURITE DES SOINS EST-ELLE FECONDE ?

1.1 Une préoccupation partagée

En formation, tous les formateurs s'accordent à dire, que l'erreur est humaine et qu'elle peut arriver d'une manière non intentionnelle, comme l'évoque l'HAS. On n'en parle pas alors qu'on sait qu'elle peut arriver. La crainte de la sanction suscite le non-dit. Ainsi les formateurs estiment nécessaire qu'elle soit rendue visible pour envisager l'accompagnement de l'étudiant dans un contexte d'erreur. Si c'est une des conditions à remplir pour transformer une situation professionnelle en une situation d'apprentissage, je propose de focaliser cette première approche sur la mise en lumière de la déclaration de l'erreur médicamenteuse.

Le recueil de quelques verbatim confirme une problématique en lien avec la déclaration des erreurs : « *...on se rend compte qu'il y a une dénégarion de l'erreur dans les services ...on sait qu'elle existe mais il faut mettre un mouchoir dessus... La nécessité de déclarer l'erreur est essentielle pour accompagner...savoir que l'étudiant a fait*

l'erreur... Ne pas la masquer ». Manifestement, les professionnels de terrain et l'étudiant ne jugent pas toujours utile de déclarer l'erreur. De nombreuses raisons évoquées lors des entretiens comme la crainte d'une remise en question de l'encadrement, la peur du jugement ou de la sanction, la peur de ne pas valider le stage, et le non-retour de l'analyse réalisée en CREX justifient cette attitude de ne pas rendre visible l'erreur.

Or, si je m'appuie sur le cadre réglementaire, je sais que depuis 2011, l'HAS a mis en place différents moyens pour sensibiliser le personnel soignant à la culture de la sécurité des soins (ou culture de l'erreur) en vue de l'amélioration des pratiques et également de l'apprentissage des ESI. Il s'agit, entre autres, d'une charte d'encouragement à la déclaration des événements indésirables stipulant une absence de sanction disciplinaire ou administrative à cette déclaration « sauf cas de manquements délibérés ou répétés aux règles de sécurité ». Elle précise que le professionnel *doit* déclarer Cela sous-entend une forme d'obligation nécessaire à la sécurité des soins. Pour renforcer cette posture, l'HAS a mis en place des formations pour les professionnels de santé. J'en déduis, que rendre visible l'erreur lui donnerait un caractère positif favorable à l'amélioration des pratiques et donc à l'apprentissage pour les étudiants. Ainsi, cette démarche rejoindrait le modèle d'apprentissage constructiviste décrit par JP. ASTOLFI qui permet de comprendre les causes et le processus d'apparition de l'erreur pour mieux la traiter et l'éviter.

Cependant, malgré les visées positives et les encouragements déployés à rendre visible l'erreur, les résultats des entretiens montrent une autre réalité. En effet, la déclaration d'une erreur peut survenir à tout moment et à distance de l'évènement lors des travaux dirigés ou des temps de suivis pédagogiques. Une prise de conscience tardive ou contrariée par la décision de la taire, montre qu'à un moment donné, il est nécessaire qu'on s'y intéresse.

Le fait que les professionnels ne se soient pas tous appropriés la déclaration de l'erreur, et donc par conséquent la culture de la sécurité des soins questionne la formation des professionnels sur le terrain : par qui et de quelle manière est dispensée cette formation focalisée sur la déclaration de l'erreur ? Il s'agit de prendre conscience que la déclarer auprès du médecin permet de gérer les conséquences immédiates auprès du patient mais ne permet, en aucun cas, d'expliquer le geste de l'étudiant.

Avant d'incriminer le terrain, il m'a paru nécessaire d'interroger l'approche de la culture de la sécurité des soins sur le lieu de formation.

Pour les formateurs, l'erreur existe et peut arriver. Ils reconnaissent l'existence de la culture de l'erreur au sein des instituts sans toutefois en donner un contenu très précis « *ça consiste à faciliter la déclaration d'un événement indésirable* ». Selon un formateur, la notion de gravité de l'erreur pourrait influencer sa déclaration. Il nuance les erreurs minimales et les erreurs graves sans toutefois être certain qu'il existe une différenciation entre les deux. Malgré tout, il affirme « *que seules les erreurs graves sont présentées en réunion pédagogique* ». Ainsi, on peut supposer que les erreurs sans conséquences sur le patient ou les erreurs arrêtées dans la salle de soin ou au lit du patient, peuvent aisément être tuées et ne pas être prises en compte. Un autre formateur avance que « *de toute façon l'étudiant est arrêté avant de commettre l'erreur* ». Ce constat est contradictoire au regard des déclarations existantes. Est-ce une attitude d'évitement face à cet événement ? Et quand bien même le risque serait évité, cette « presque erreur » ni déclarée et ni analysée, est une bombe à retardement car l'étudiant peut poursuivre son apprentissage sans avoir compris pourquoi il s'est trompé. Or, JP. ASTOLFI et J. REASON démontrent que l'apprenant qui est en interaction avec son environnement développe des modèles mentaux pour s'adapter aux situations du moment et si ce dernier ne prend pas en compte les détails de la situation ou s'il possède un modèle mental incomplet alors ces causes sont suffisantes pour induire une erreur. Ainsi, il est possible qu'une erreur non déclarée et par conséquent non traitée soit une erreur qui puisse se reproduire.

La culture de la sécurité des soins est une préoccupation des instituts mais son approche est différente selon les formateurs. Certains travaillent ce concept dans le cadre de la gestion des risques par des apports théoriques et des travaux dirigés. D'autres pensent que donner trop d'importance à l'erreur pourrait les déstabiliser et induire l'erreur et qu'il n'est pas nécessaire d'en faire davantage. L'étudiante interrogée montre « *que l'erreur n'est pas vraiment abordée en tant que telle et que les étudiants ne mesureraient pas la portée de l'erreur* » (propos recueillis lors de son enquête auprès d'un directeur de la gestion des risques).

Les principes et la visée de la sécurité des soins sont manifestement abordés par les formateurs mais est-ce suffisant pour aider l'étudiant à prendre conscience de l'erreur et à déclarer l'événement ?

Le cadre de santé de la cellule gestion des risques commence l'entretien en insistant sur le fait que « *l'étudiant doit, dans un premier temps, prendre conscience de son erreur* » et « *dans un deuxième temps la déclarer sur le logiciel* ». Les formateurs abordent le

processus de la déclaration de l'erreur en expliquant qu'il s'agit de l'analyse des causes et des conséquences ou encore une évaluation des connaissances. La prise de conscience est essentiellement traitée à la survenue de l'erreur, dans ce moment de panique qui déstabilise, culpabilise et engendre des négociations avec les professionnels pour la masquer. Aborder la prise de conscience en tant que telle serait probablement un premier pas vers l'apprentissage de l'autonomie et de la responsabilité en situation professionnelle.

Les formateurs évoquent un autre obstacle à la déclaration de l'événement indésirable comme l'absence d'échanges et de transmission des bilans d'analyse entre l'institution et la cellule de gestion des risques. Selon eux, les étudiants ne peuvent ni s'engager ni respecter cette procédure car ils n'ont pas de retour. Les formateurs avancent qu'« *ils n'en font rien et qu'ils n'en voient pas l'utilité, s'il n'y a pas de suite...* ». Comment expliquer ce manque de collaboration entre les deux instances ?

La responsable de la cellule gestion des risques évoque deux éléments qui pourraient justifier ce constat. Premièrement, le choix de l'analyse ne lui appartient pas. Elle explique que c'est la pharmacienne (membre du comité) qui, au regard de la déclaration, décide ou pas d'enclencher une analyse de l'erreur. Ainsi, il est possible que certaines déclarations ne soient pas retenues comme utiles à analyser bien qu'elle précise que les erreurs d'administrations médicamenteuses sont, en général, analysées. Deuxièmement, la nécessité de réunir en urgence tous les acteurs du terrain concernés et les responsables de la cellule qualité pose problème pour trouver des disponibilités communes. De plus, la survenue de l'erreur en fin de stage complique la démarche. En effet, il est parfois impossible de trouver une date commune avant que l'étudiant ne termine son stage (par principe, il n'est pas rappelé après son stage) tout en tenant compte des temps de travail ou des congés des uns et des autres. Par conséquent, l'étudiant à qui une analyse est demandée, ne la présentera pas forcément devant le CREX. Au mieux, il présentera son analyse au formateur mais comme le précise l'un d'eux « *il nous manque des données* ». Les difficultés à rendre fertile cette culture de la sécurité dans les soins peut aussi provenir d'une méconnaissance ou d'une connaissance très vague de l'existence et du rôle du CREX au sein des instituts de formation. En effet, les entretiens laissent apparaître ce constat qui, selon moi, peut être un frein à rendre l'erreur visible si les formateurs n'ont pas connaissance des principes et des visées de la procédure.

1.2 Perspectives

Pour réagir à la remarque du responsable de la gestion des risques qui reconnaît « *qu'il y a encore des choses à faire pour les rendre exploitables (les situations d'erreur) dans les institutions* », ne serait-il pas envisageable de s'intéresser plus étroitement à la culture de l'erreur en instaurant une véritable collaboration entre les instituts de formation et le service gestion des risques. Il s'agirait de rendre visible l'erreur en lui accordant une vraie place dans le dispositif de formation. Penser et planifier des temps de rencontre et d'échange entre les étudiants, les formateurs et le responsable de la gestion des risques pour permettre de démystifier l'erreur, d'analyser les besoins de chacun, de connaître le rôle et le fonctionnement de l'instance concernée, de transformer les représentations attribuées à ce comité en une approche positive. Cette collaboration permettrait d'utiliser les situations réelles d'erreur sur le terrain pour en faire des situations d'apprentissage. Dans ce cas, on se rapprocherait des études de cas ou des situations professionnelles utilisées dans certaines unités d'enseignement pour expliquer par exemple un processus tel que l'arrêt vasculaire cérébral. On peut ainsi dire que ce modèle didactique s'appuie sur les théories de contre-transposition (ou BOTTOM-UP).

Contribuer au développement de la culture de l'erreur paraît indispensable et efficace si je m'appuie sur les résultats de l'enquête menée aux Etats-Unis qui affirment que plus la culture de sécurité des soins est élevée moins il y a d'erreurs d'administration médicamenteuse.

Si la déclaration de l'événement indésirable est la première condition à remplir pour qu'une situation professionnelle focalisée sur l'erreur d'administration médicamenteuse devienne une situation d'apprentissage, la seconde condition pourrait questionner sa transposition didactique.

2. EN FORMATION, PORTE-T-ON UN INTERET DIDACTIQUE A L'ERREUR ? COMMENT ?

Selon JP. ASTOLFI, l'erreur peut être intimement liée au processus d'apprentissage. C'est un indicateur du raisonnement que les apprenants peuvent questionner pour mettre en évidence leurs pensées développées en cours d'action.

Les entretiens révèlent que tous les formateurs s'intéressent à l'erreur en développant différentes stratégies pédagogiques, soit pour l'éviter (règles, calcul de dose), soit pour la connaître (chambre des erreurs) soit pour comprendre sa survenue. Dans ce dernier cas, tous les formateurs utilisent l'outil « analyse de pratique » après la survenue de l'erreur.

2.1 Analyse de la pratique

C'est un choix institutionnel qui permet « *de comprendre ce qui s'est passé, ce qu'ils ont dans leurs têtes, de débrouiller l'affaire, ça permet à l'étudiant d'évaluer les risques encourus et les conséquences sur le patient, de montrer leur niveau de réflexivité et de faire de l'erreur quelque chose de positif* » (F4). L'erreur permettrait de mesurer l'évolution intellectuelle en cours d'action (P. PASTRE).

Ces réponses m'amènent à penser que la démarche des formateurs se rapproche du concept théorique de la didactique professionnelle. En effet, on retrouve les trois éléments fondamentaux sur lesquels s'appuie la didactique professionnelle (P. PASTRE) : la situation (erreur d'administration médicamenteuse réelle et vécue), le dispositif (analyse de pratique) et l'humain (étudiant acteur dans l'apprentissage).

Cependant, *l'analyse de pratique* ou l'analyse de la tâche ne suffirait pas à remplir les conditions d'une approche didactique professionnelle. En effet, selon P. PASTRE, la didactique professionnelle consiste à *analyser l'activité* des hommes au travail pour aider au développement au travail et à élaborer des dispositifs de formation. D'après J. LEPLAT, l'analyse du travail décline deux étapes : l'analyse de la tâche réelle qui s'oriente vers une recherche de solutions et l'analyse de l'activité qui vise à prendre conscience des dimensions inattendues de l'activité et à faire verbaliser les pensées en action. En analysant sa pratique, l'étudiant reste focalisé sur les moyens de réussir une tâche et de trouver une solution pour la réussir. Cette posture peut s'expliquer par le

cadre utilisé en analyse de pratique professionnelle (APP)⁹ et par la résistance de l'étudiant à l'analyse.

Concrètement, je me suis demandé comment l'étudiant utilisait l'outil « analyse de la pratique ».

Dans le cas d'une erreur non déclarée ou non analysée par la cellule gestion des risques, l'étudiant réalise systématiquement une analyse écrite de sa pratique puis l'envoie, par mail, à son formateur. Il s'en suit des allers et retours entre les deux personnes, ou pas, selon la volonté de l'étudiant ou si l'événement déclenche une suspension de sa formation. Ce cas de figure pose problème car l'étudiant peut reprendre sa formation, plusieurs mois plus tard, avec un reliquat d'erreur non traitée. Par conséquent le risque de la réitérer n'est pas écarté.

Dans le cas d'une erreur déclarée à la cellule gestion des risques, l'étudiant lit son analyse de sa pratique devant le comité (CREX) et le formateur (s'il est disponible). Selon le niveau de réflexivité et de transformation attendue de l'étudiant, l'analyse peut être reprise avec le formateur, par mailing.

Dans les deux cas, la première demande de réaliser une analyse de pratique est institutionnelle. Ensuite, si l'étudiant exprime le besoin de rencontrer le formateur, ce dernier peut programmer des rencontres dans le but de faire un suivi des analyses mais cette démarche reste fondée sur la base du volontariat. En sachant que les étudiants peuvent banaliser l'erreur, est-il judicieux de laisser le choix d'une démarche volontaire ? Qu'en est-il pour l'étudiant qui n'ose pas solliciter une rencontre avec le formateur ? Cette approche de l'analyse mérite de la confronter avec l'accompagnement que j'aborderai plus loin.

Cet outil d'apprentissage focalisé sur l'analyse de pratique fait l'unanimité au sein des formateurs. Ils s'accordent à dire qu'il permet d'évaluer les capacités réflexives de l'étudiant autour du sujet erreur. Toutefois, son utilisation met en évidence des difficultés. En effet, l'étudiant manifeste des empêchements à passer à l'écriture par des appels de détresse « *aidez-moi !* ». Est-ce en lien avec le vécu de cet événement traumatique qui empêche d'écrire, ou est-ce en lien avec un problème de mise en mots ? Puis, de leur côté, les formateurs évoquent l'aspect chronophage de la lecture des analyses de pratique dans un moment qui bouleverse l'organisation du travail.

⁹ APP : c'est penser soi-même et mobiliser une pensée avec des concepts. Surexposition du soi professionnel qui a une vocation professionnalisante. Elle permet de mettre en évidence l'épaisseur du réel d'une activité.

L'analyse de pratique lors de l'événement, telle qu'elle est mise en œuvre, montre que les échanges par mail restent un moyen privilégié entre le formateur et l'étudiant avec renvoi d'annotations à la marge et corrections. Je me demande si l'élaboration de l'analyse de pratique réalisée dans ce contexte est vraiment pertinente.

Rendre pertinente l'analyse de l'activité pour construire un dispositif didactique

Selon un formateur, « *toute la difficulté est de comprendre ce qui fait qu'il s'est trompé à un moment donné, de comprendre tout le processus qui s'est passé pour que l'étudiant arrive à l'erreur* ». C'est bien là, qu'intervient la didactique professionnelle qui en s'appuyant sur l'analyse de l'activité aide à comprendre ce qui a favorisé ou a empêché le développement au travail (P. PASTRE). En m'appuyant sur ce cadre théorique, j'ai cherché à comprendre comment lever cette difficulté énoncée par le formateur.

Selon P. PASTRE, l'analyse doit s'intéresser, dans un premier temps, à la tâche prescrite puis à la tâche réelle pour en mesurer l'écart. La tâche réelle étant centrale car elle est beaucoup plus complexe que la tâche prescrite. Je peux confirmer que cette condition de s'appuyer sur la tâche réelle pour analyser l'erreur est bien le point de départ de l'analyse de l'étudiant.

Dans un deuxième temps, l'auteur explique un autre principe essentiel qui consiste à se centrer sur le sujet apprenant car son analyse doit lui permettre de savoir comment il agit, ce qu'il retient de la situation et de l'organisation de l'activité. L'apprenant doit faire émerger l'environnement sur lequel il agit. L'analyse doit permettre de mesurer l'intelligence déployée au cours de la tâche qui lui a permis ou pas d'agir avec un environnement dynamique chargé d'imprévus.

Ainsi, selon l'auteur, un dispositif d'apprentissage élaboré à partir de situations réelles n'est fiable et constructif que si l'analyse de l'activité permet de comprendre les capacités d'adaptation de l'étudiant à la situation et s'il est capable de questionner sa « conceptualisation dans l'action » ou son mode opératoire.

Comme je l'ai expliqué dans mon cadre théorique, M. FRISCH reprend ces grands principes en élaborant un modèle didactique de transposition et contre-transposition. Personnellement, je m'appuierais sur ce modèle qui me paraît accessible à la compréhension de la didactique professionnelle. Ce double mouvement descendant (top-down) et ascendant (bottom-up) permet de mesurer et de comprendre cette mise en mouvement des connaissances dans l'apprentissage. La contre-transposition ou

mouvement ascendant correspond bien à transformer une situation d'apprentissage en situation de formation.

Questionner la conceptualisation dans l'action

L'analyse de l'activité questionne son organisation, les savoirs mobilisés et notamment les savoirs d'actions que G. VERGNAUD assimile à des connaissances en actes qui guident l'activité.

Selon G. VERGNAUD, le concept des schèmes, initié par J. PIAGET, est au cœur de l'organisation de l'activité et sa recherche rend l'analyse rigoureuse. Ainsi, comprendre et intégrer ce concept dans l'analyse de l'activité n'est-il pas une des conditions supplémentaires pour enrichir les traces de l'analyse de l'activité et ainsi permettre la transformation de l'apprenant et la transformation de l'activité ? Les résultats de ma recherche auprès des formateurs n'évoquent à aucun moment le concept de schème organisateur de l'activité. Il m'a paru intéressant et adapté de questionner son approche dans ce contexte d'erreur médicamenteuse ou le formateur cherche à savoir ce qu'il s'est passé.

Permettre à l'étudiant de construire un schème opératoire l'aiderait à comprendre en quoi l'action efficace combine invariants de la conduite pour une situation donnée et l'adaptation aux imprévus. Il favoriserait la compréhension de la conceptualisation de l'action en articulant la dimension cognitive qui permet d'apprendre par l'analyse réflexive et la dimension opératoire qui mobilise outils et méthodes. Il s'agirait d'accompagner l'étudiant à construire des schèmes d'action propre à chaque classe de situation selon les quatre éléments inséparables suivants :

- But et sous-but de l'action (ex : administrer les médicaments, l'environnement doit être calme sans élément perturbateur...)
- Règles d'action de prise d'information pour réaliser son but (ex : en fonction de l'environnement, de l'imprévu, se demander s'il est possible de trouver une autre solution comme reporter ou déléguer l'action...)
- Les invariants opératoires (ex : cibler les connaissances, les protocoles ou procédures adaptées à la situation...)
- Les inférences en situation (ex : rechercher des déductions à partir de connaissances, mettre en lien les causes et les effets...)

Ainsi, l'analyse de l'activité pertinente reposerait sur la construction de schème opératoire en mobilisant des capacités réflexives à l'aide de méthodes adaptées. J'ai cherché à connaître ces méthodes pour les confronter à la pratique des formateurs. La littérature éclaire sur la manière la plus pertinente de diriger l'analyse de l'activité en favorisant le développement des capacités réflexives. Elle a recours aux méthodes *d'allo-confrontation* ou *d'auto-confrontation* qui s'appuient sur les théories de D. KOLB (faire énoncer, confronter aux théories naïves puis formaliser, conceptualiser et anticiper), de D. SCHON (à partir de l'action, tirer des enseignements, de l'expérience après coup) et P. VERMERSCH (explicitement les situations vécues pour développer la conscience en acte et la conscience réfléchie en questionnant les implicites et les routines pour travailler une expérience professionnelle) en l'explicitation des actions, des procédures et des intentions. Ces méthodes nécessitent l'accompagnement d'un formateur et ne peuvent pas s'appliquer sans confrontation directe entre le formateur et l'étudiant. Une des conditions pour rendre pertinente l'analyse de l'activité serait de compléter le support écrit par une de ces méthodes de confrontation.

L'appropriation du concept de schème opératoire pourrait également éviter de basculer dans un mode de coaction peu constructif comme le souligne un formateur « *ils font comme les professionnels sans se poser de questions, l'infirmier est le modèle...* ». Si la coaction, décrite par F.H ALPORT ou N. TRIPLETT montre « *que la présence d'un pair, notamment en compétition améliore la performance des cyclistes,* » R. ZAJONC dit que « l'efficacité de la coaction est observée pour des tâches simples. Lorsque la tâche est complexe, la présence d'autrui inhibe la performance¹⁰ ». L'infirmier est un modèle, diplômé, expert, tuteur et par conséquent il est réputé sachant. Il est aisé de comprendre que l'étudiant essaie de reproduire ce modèle. Ainsi on pourrait se demander si c'est la meilleure situation d'apprentissage. Les travaux de F. WINNYKAMEN, montrent que l'appropriation des gestes ne peut être rapide et effective que si l'imitation a du sens. Pour lui donner du sens, le modèle doit être explicite afin que l'imitation soit réfléchie et réflexive.

Ce concept de schème opératoire interrogé en analyse de l'activité permettrait de rendre l'analyse de l'activité plus pertinente et ainsi d'envisager un dispositif didactique efficace permettant de transposer cette situation de formation en situation

¹⁰ Définition - de - psychologie 2018

d'apprentissage (ce principe se rapporte au modèle de référence de M. FRISCH sur la transposition et contre-transposition didactique).

Le recueil des données montre qu'il existe des dispositifs mis en place dans les institutions.

La « chambre des erreurs » est une chambre reconstituée dans les locaux de l'institut et dans laquelle les formateurs ont glissé des erreurs. La visée de ce dispositif est centrée sur le repérage et la documentation de l'erreur. C'est une situation qui se rapproche du réel mais, pour moi, elle ne questionne pas le raisonnement et le mode opératoire de l'étudiant par rapport à la survenue de l'erreur.

Les TD « calculs de dose » préparent l'étudiant à ne pas commettre d'erreur. Ils consistent à renforcer l'apprentissage du calcul par des exercices plus ou moins complexes qui soulèvent les difficultés de l'étudiant à assimiler et les limites du formateur qui à un moment donné renvoie l'étudiant à consulter des ouvrages pour mieux comprendre.

2.2 Un dispositif de formation qui retient mon attention

Dans le cadre de l'unité « pharmacologie et thérapeutiques » du semestre 5, le TD « Sherlock Holmes » retient mon attention par rapport à son intérêt didactique. Il est construit à partir de situations réelles que le formateur a puisées dans les archives de la cellule de la gestion des risques et à partir de situations réelles rapportées par les étudiants. A ce stade de la formation, le formateur part du postulat que les étudiants ont développé suffisamment de capacités réflexives pour rendre ce TD possible. Le formateur demande aux étudiants de s'immerger dans une situation professionnelle réelle qu'il leur présente succinctement. Il leur est demandé de se positionner en tant que futur professionnel agissant dans une situation où l'erreur est perceptible. L'objectif de ce travail basé sur une pédagogie socioconstructiviste consiste à analyser les capacités de raisonnement et de questionnement des étudiants à un moment donné où ils constatent qu'une erreur s'est glissée en cours d'action. Il leur est demandé de se positionner dans cette situation. Le formateur anime les débats en questionnant plus particulièrement les choix d'actions, les doutes, les connaissances mobilisées, ce qui est compris de la situation, ce qui justifie les actions, le sens donné aux actions... Dans ce cas le formateur transpose bien des situations réelles et questionne leur mode opératoire que les étudiants doivent justifier à partir de concepts, ressources, environnement... Il

affirme que les situations réelles parlent aux ESI... En plus, cet exercice permet de repérer les erreurs les plus couramment rencontrées et rapportées par les étudiants. L'erreur est bien au centre de la didactique professionnelle et les situations réelles deviennent des situations potentielles de développement grâce au travail de conceptualisation et d'adaptation des invariants à la situation. Ainsi, ce dispositif innovant paraît répondre aux conditions à réunir pour qu'une situation de terrain devienne une situation d'apprentissage.

2.3 Perspectives

L'analyse des données confrontée aux concepts théoriques permet de confirmer que les situations réelles peuvent être utilisées comme situations d'apprentissage. Cependant cette approche pédagogique par le biais de la didactique professionnelle est complexe. A lui seul, le mot didactique heurte souvent les formateurs qui ne savent comment l'interpréter. Ne serait-il pas envisageable de sensibiliser les formateurs à l'intérêt de la didactique professionnelle, au même titre qu'une autre formation, pour permettre d'en comprendre son sens et son mode d'exploitation ? Bien que ce concept soit difficile à comprendre, je pense que le modèle didactique énoncé par M. FRISCH est abordable et facilement applicable concernant le modèle de contre-transposition (bottom-up).

Comme je l'ai décrit, le transfert d'une situation de formation en situation d'apprentissage demande un accompagnement du formateur pour réguler les échanges, étayer les ESI dans l'analyse, l'interprétation des hypothèses et la conceptualisation à partir de méthodes bien définies. Cependant, cet accompagnement méthodologique ne suffit pas à lui seul. Les formateurs évoquent la complexité de l'accompagnement de l'étudiant d'un point de vue psychologique car l'erreur déstabilise, traumatise et remet en question l'identité professionnelle et personnelle ainsi que le développement professionnel.

3. ACCOMPAGNEMENT ET SITUATION D'ERREUR : UNE SITUATION COMPLEXE ET DIFFICILE POUR LE FORMATEUR

J'ai montré que le formateur pouvait s'appuyer sur des méthodes précises et pertinentes pour accompagner l'étudiant à conceptualiser son action et à développer ses capacités réflexives en vue de son développement professionnel. Cependant, l'analyse des entretiens montre que l'accompagnement ne se limite pas à suivre une procédure ou des méthodes notamment en situation relationnelle. En effet, l'accompagnement d'un étudiant, après une erreur ou une réitération d'erreur, est « *compliqué* ». Les formateurs expliquent qu'ils « *recupèrent un étudiant anéanti, qui développe une angoisse vis-à-vis des traitements, qu'il est en perte de confiance avec une remise en question complète de sa formation ou déçu par cet événement inattendu dans un parcours sans faille...* ». Face à ce constat, un formateur se demande « *Que mettre dans l'accompagnement ?* », un second affirme que « *c'est quelque chose que l'on doit retravailler en collectif* » en déplorant de ne pas avoir eu de formation à l'accompagnement. Un troisième dit spontanément : « *Accompagner ce n'est pas facile, c'est difficile ... surtout lorsque l'étudiant n'a pas conscience de son erreur, lorsqu'il la minimise ou lorsqu'il les cumule* ». Un quatrième constate que lorsqu'il a connaissance d'une déclaration très à distance de la situation, « *on ne peut pas faire grand-chose car l'étudiant n'a plus de souvenir... cet imprévu chamboule notre organisation...* » Ces quelques remarques soulèvent la complexité de la posture d'accompagnant. Pour cause, le formateur doit s'adapter à l'étudiant en tant qu'individu anéanti, à la situation d'erreur qui peut déclencher une vague de panique dans le service et au chamboulement de son organisation. Bien que cette compétence soit reconnue et notée dans les programmes de formation, elle ne dit pas tout sur « comment accompagner ».

Les formateurs expliquent qu'Accompagner l'étudiant c'est : *débriefer avec lui pour savoir ce qu'il ressent , savoir comment il a vécu l'événement , être bienveillant en mobilisant des capacités d'écoute active, expliquer les règles d'engagement entre formateur et étudiant, donner ses coordonnées téléphoniques personnelles dans certains cas, rassurer en parlant de son expérience, transférer des invariants de la relation d'aide, ne pas le lâcher dans la nature en mettant en place un contrat pédagogique, augmenter les temps de suivi pédagogique, maintenir la base du volontariat, ne pas en rajouter ou ne pas les détruire, l'aider à changer de posture, de voir ce qui a été et ce*

qui n'a pas été pour en faire quelque chose de positif, lui faire écrire sur une carte postale ses souhaits, l'amener à être responsable.

Les formateurs utilisent différents verbes pour définir les contours de l'accompagnement. Si je compare la pratique au cadre conceptuel, je remarque qu'elle se rapproche de la conception de M. VIAL : être AVEC, être une personne ressource qui ne s'impose pas, ne pas fixer de but à l'avance. Elle s'appuie également sur des éléments cliniques décrits par JM. PARAGOT : renforcer l'activité du sujet et sa confiance en sa capacité à changer et s'appuyer sur la temporalité, la spatialité.

Devant un étudiant anéanti, effondré ou en proie à une angoisse des traitements, le formateur se trouve confronté à un étudiant fragilisé qui déverse sa détresse sur lui. En urgence, il déploie une posture bienveillante en mobilisant des capacités d'écoute active dans un cadre (bureau du formateur) qui rassure et permet l'engagement des échanges. Mais devant des situations psychologiques complexes, certains formateurs se demandent « *jusqu'où sommes-nous formateurs ? Nous ne sommes pas psychologues* ». Je pourrais supposer que cette difficulté de l'accompagnement questionne la distance de professionnalité (PARAGOT-JM, 2017) entre le formateur et l'étudiant. Je propose d'explicitier ce concept découvert en formation master II « ingénierie de formation de formateur. »

3.1 Distance de professionnalité et formateur

La distance de professionnalité, selon l'auteur, se définit comme « un lieu d'amortissement des outrages qui peuvent surgir entre deux individus comme dans le cas de la relation formé/formateur. C'est un espace entre l'expert et l'autre qui s'assimile à un lieu de transmission des effets professionnels sur la personne et réciproquement des affects personnels sur l'expertise... l'expert doit apprendre à piloter son soi dans une relation professionnelle ».

Un autre principe impose la nécessité de définir les fondements de la relation (ou objet fondateur) entre les deux personnes. La nature de l'objet doit être identifiée et partagée par les deux individus pour mieux convoquer les savoirs réciproques autour de la situation d'erreur (par exemple). Puis, un autre principe est de construire un espace appelé « tiers lieu médiateur ». Il se définit comme un espace virtuel disponible pour chaque individu, un espace d'amortissement entre les deux personnes qui doit rester

neutre et leur permettre de s'exposer, de poursuivre et de pouvoir dire « *je ne sais pas faire* ».

Lorsque les formateurs rapportent qu'ils ne sont pas psychologues et qu'ils demandent jusqu'où il est possible d'aller dans l'accompagnement et dans quels champs intervenir, la question de la spatialité, un des principes de l'accompagnement énoncé par L. RIDEL est, ici, abordé. Les formateurs se trouvent confrontés à un accompagnement psychologique qui les dépasse. Soit, ils s'appuient sur une collègue experte en relation d'aide ou sur leur parcours professionnel et dans ce cas l'accompagnement s'apparenterait davantage à une forme de secours apportée à l'apprenant (M. VIAL), soit ils orientent l'étudiant vers un psychologue car l'accompagnement au « bien être » se complique d'un besoin de « mieux être ».

Ces remarques montrent également que la confrontation entre le formateur et l'apprenant questionne le SOI du formateur, un des principes que l'on retrouve lorsque l'on aborde la distance de professionnalité.

Je pourrais m'appuyer sur la pensée d'A. ABRAHAM qui pose la question « enseignant qui es-tu ? » pour éclairer le formateur. Pour y répondre, elle décline les différents états du SOI :

- « Le SOI réel » c'est-à-dire le SOI personnel qui représente ce que nous sommes. C'est un SOI construit et consolidé sur le modèle de l'empathie, de la sympathie, de la crainte et de l'impuissance. Un SOI dominant pour les formateurs qui ont assuré une activité soignante. C'est bien le cas du formateur qui transfère la compétence « relation d'aide » de son métier d'infirmier en soins palliatifs à son métier de formateur.
- « Le SOI professionnel » se décline en trois SOI :
 - ✓ Le SOI *lié à l'autorité*. Ce SOI peut contrarier le SOI réel si les valeurs entre le formateur et l'institution sont divergentes.
 - ✓ Le SOI *lié aux apprenants* qui doit permettre à l'apprenant d'entrer dans l'espace médiateur, Cet espace virtuel et neutre qui permet de s'exposer et d'avancer.
 - ✓ Le SOI *idéal* : celui que l'on souhaiterait devenir. Un SOI idéal qui pourrait s'apparenter à la part aimante de sa relation avec l'étudiant.

Elaborer une distance de professionnalité nécessite de faire un travail avec soi-même pour accepter les effets de l'autre sur son histoire car l'étudiant peut éveiller une partie de SOI enfouie ou refoulée. C'est un moyen de prendre conscience qu'il est possible

d'accueillir l'autre avec son savoir mais aussi son SOI. La distance de professionnalité s'intègre dans une approche clinique de l'étudiant formalisée dans les propos des formateurs.

De plus, accorder une place dans le parcours de formation de l'étudiant, pour lui permettre de faire des liens entre les apprentissages en formation et la pratique, prend du temps. Au moment de l'annonce de l'erreur, la planification d'un temps d'accompagnement pose problème au formateur car ce moment ne correspond pas toujours aux temps de suivis pédagogiques programmés. Les entretiens montrent que les formateurs improvisent des temps supplémentaires d'accompagnement, non sans difficulté. Lorsqu'un formateur donne son numéro de téléphone privé, il peut s'attendre à donner du temps privé à l'étudiant. Il est perceptible que l'accompagnement peut dépasser le temps social dans un moment où l'étudiant perd le contrôle de sa formation. La temporalité est un des autres principes de l'accompagnement énoncé par L. RIDEL qui peut être variable, selon moi, en fonction de la finalité de l'accompagnement.

J'ai remarqué que la finalité de l'accompagnement n'était pas perceptible dans les propos recueillis. Pourtant, Selon JM. PARAGOT, un accompagnement ne peut être adapté que si les finalités sont interrogées. Il est donc nécessaire de repérer si l'accompagnement s'apparente à une finalité curative, de maintenance ou palliative. Lors de la survenue d'une erreur, l'accompagnement s'apparenterait plus à une finalité curative en lien avec le choc traumatique et le désespoir de l'étudiant. Il s'agit d'accompagner son retour au lit du patient. Une fois définie, la finalité permet l'élaboration d'un dispositif d'accompagnement adapté. Dans cette situation, il ne s'agirait pas tant de prévenir des moments d'inconfort (finalité de maintenance) mais de « repérer, construire, prendre conscience du positif, du réussi disponible, de dédramatiser, de partager les moments d'échec pour les métaboliser et rebondir ».

Selon JM. PARAGOT, la mise en place d'un accompagnement adapté permet de donner à l'accompagné les moyens de changer sa posture, d'envisager son développement professionnel et de réviser ses rapports de soi à soi, de soi à l'autre et de soi au savoir. Il est donc nécessaire de trouver le temps et de définir le sens de l'accompagnement pour permettre à l'étudiant de retrouver confiance en lui.

3.2 Perspective

L'accompagnement est un concept qui est loin d'être maîtrisé par les formateurs. C'est une compétence qui peut se révéler complexe selon les situations, la personnalité des protagonistes et les échecs car l'accompagnement a ses limites liées au contexte socioéconomique du terrain, aux dérives de la relation duelle ou au fait de croire que tous les étudiants peuvent réussir...

Malgré ce constat, l'accompagnement ne s'improvise pas si le formateur ne dispose pas de quelques principes fondateurs. Ainsi, il serait peut-être envisageable de proposer une formation sur l'accompagnement à l'ensemble de l'équipe pédagogique comme le propose M.VIAL.

CONCLUSION

L'erreur d'administration médicamenteuse réalisée par un étudiant en soins infirmiers en fin de formation a constitué un « événement » alors que je débutais mon métier de formatrice en soins infirmiers. La survenue de cette erreur liée à une activité sur prescription médicale laisse apparaître deux victimes : le patient et l'étudiant. Face à l'impact psychologique observé chez l'étudiant, aux conséquences encourues auprès du patient et aux difficultés d'accompagner l'étudiant pour éviter la réitération de cette erreur, j'ai très rapidement développé un intérêt pour cette problématique.

Savoir que l'erreur existe dans les métiers de l'humain comme dans d'autres activités professionnelles laisse envisager que l'erreur existe à l'hôpital, en pratique de soins infirmiers. Alors que la qualité et la sécurité des soins sont des enjeux majeurs dans la lutte contre les événements indésirables qui peuvent survenir à l'hôpital, les études montrent que l'erreur dans la réalisation des soins est objectivement une réalité malgré la culture de sécurité des soins instituée par la Haute Autorité de Santé.

Malgré toutes les limites prescrites par la réalité de la survenue de l'erreur en situation professionnelle, je me suis demandé s'il n'y aurait pas la possibilité ou la nécessité à comprendre l'erreur comme une occasion de former l'étudiant en soins infirmiers à différents niveaux. Ainsi j'ai cherché à identifier à quelles conditions une situation professionnelle au chevet du patient pouvait devenir une situation d'apprentissage avec pour élément de focalisation l'erreur d'administration médicamenteuse.

Pour tenter de répondre à cette question de recherche, j'ai dans un premier temps présenté mes recherches théoriques et conceptuelles sur l'erreur, la didactique professionnelle et l'accompagnement qui constituent le fil conducteur de mon travail de recherche.

Le croisement de l'étude de l'objet « erreur » dans le domaine de l'éducation et dans le milieu des soins montre que les erreurs liées aux problèmes de gestion en temps réel de l'activité peuvent apparaître malgré la maîtrise des savoirs et des procédures. Plusieurs facteurs dont les facteurs environnementaux et l'incapacité du sujet à gérer ses activités cognitives dans une situation qui requiert une attention particulière expliquent la survenue de l'erreur. Puis j'ai cherché à comprendre le sens donné à la culture de l'erreur et à évaluer son appropriation au sein des professionnels infirmiers, des

formateurs et des étudiants. Enfin, j'ai exploité la procédure de déclarations d'événements indésirables.

Dans la situation de l'erreur médicamenteuse, l'apprenant se situe dans un moment de déséquilibre associé à une perte de sens, de repères, de confiance et d'estime de soi. Or, si l'erreur réalisée dans le champ professionnel est une occasion pour apprendre comme l'écrit JP. ASTOLFI, j'ai poursuivi mes recherches dans le domaine de la didactique professionnelle car il s'agit pour l'apprenant de lui donner les moyens de retourner au lit du patient sans réitérer cette erreur. J'ai montré que la didactique professionnelle, centrée sur l'analyse de l'activité, aide à comprendre ce qui a favorisé ou a empêché le développement au travail de l'apprenant.

J'ai appuyé mes recherches sur les travaux de P. PASTRE en explorant la complexité des schèmes opératoires. Ces derniers permettent de mettre en évidence la conceptualisation de l'action en questionnant les dimensions cognitives et opératoires de l'action. Puis les travaux de M. FRISCH ont éclairé cette approche grâce au modèle didactique fondé sur deux notions : la transposition (Top down) et la contre-transposition (Bottom-up) qui permettent d'analyser le mouvement du Savoir entre théorie et situation professionnelle et à l'inverse entre situation professionnelle et apprentissage théorique.

Selon M. FRISCH « la contre-transposition s'exerce à partir des pratiques et des activités menées dans l'école, en travaillant au repérage des savoirs d'expérience, à l'extraction des savoirs de l'action, et en mettant les savoirs en mouvement... Contre-transposer c'est faire avec le matériau existant, réellement déposé, issu de l'activité de l'apprenant et de l'enseignant, dans un contexte particulier, clairement identifié dans un authentique rapport au Savoir ».

Enfin j'ai élargi mes recherches au concept d'accompagnement, geste considéré comme émergent mais déjà questionné et élaboré par certains auteurs tels A. ABRAHAM, M. CIFALI, M. VIAL ou encore JM. PARAGOT qui abordent différentes approches comme la distance de professionnalité, la temporalité, la spatialité ou encore les différentes finalités de l'accompagnement.

Dans un deuxième temps j'ai présenté la méthodologie de ma recherche. Après une exploration théorique des concepts, j'ai réalisé une étude qualitative auprès de sept formateurs d'instituts différents, une étudiante en soins infirmiers en fin de formation et un cadre de santé chargé de la gestion des risques d'un hôpital. J'ai focalisé les entretiens semi-directifs sur l'erreur d'administration médicamenteuse en formation, les

approches didactiques de l'erreur et les modalités d'accompagnement de l'étudiant. Ces entretiens montrent un intérêt majeur porté à l'objet « erreur ». Ils mettent en évidence des recherches de modèles didactiques pour traiter l'erreur d'administration médicamenteuse et une appropriation de la culture de l'erreur en formation peu aisée. Puis l'exploration des modalités de l'accompagnement montre que ce geste « émergent » n'est pas inné dans cette situation d'erreur.

Dans un troisième temps, l'analyse met en évidence que l'erreur est encore très souvent cachée et masquée. La déclaration de l'événement indésirable qui devrait être la première condition à remplir pour qu'une situation professionnelle focalisée sur l'erreur d'administration médicamenteuse devienne une situation d'apprentissage, renvoie à des représentations négatives de la part des professionnels, des formateurs et des étudiants. L'analyse soulève un manque de collaboration entre le service gestion des risques et l'Institut de Formation en Soins Infirmiers.

La seconde condition à remplir pour que l'erreur soit source d'apprentissage questionne les conditions de sa contre-transposition didactique et les modalités réelles de l'analyse de l'activité.

L'apparition de l'erreur à un « instant T » est aussi l'occasion de se poser ces questions : Comment aider l'étudiant à passer ce moment de tourmente ? Comment l'aider à reprendre confiance en lui dans l'interruption de son développement professionnel ? L'analyse montre que les difficultés à s'approprier une posture d'accompagnement dans ce contexte d'erreur questionnent la formation autour de ce concept et des pratiques qui s'y rattachent.

A l'issue de ce travail de recherche, je fais le constat qu'il existe des moyens de traiter les situations d'erreur mais qu'« il y a encore des choses à faire pour les rendre exploitables dans les institutions » comme le remarque la responsable de la gestion des risques. Il semblerait nécessaire d'engager une véritable collaboration entre les Instituts de Formation en Soins Infirmiers et le service de gestion des risques. Cette démarche permettrait d'accorder davantage de place à l'erreur en formation et de démystifier la procédure de déclaration. C'est certainement une des conditions essentielles pour qu'une situation professionnelle d'erreur devienne une situation d'apprentissage. Pour apprendre de son erreur, il pourrait être envisageable de créer au sein de l'institut un dispositif de formation dédié au développement de la culture de l'erreur destiné aux professionnels tuteurs. Contribuer au développement de la culture de l'erreur paraît indispensable et efficace si je m'appuie sur les résultats de l'enquête menée aux Etats

Unis qui affirment que plus la culture de sécurité des soins est élevée moins il y a d'erreurs d'administration médicamenteuse.

La didactique professionnelle s'appuyant sur l'analyse des situations réelles pour aider au développement professionnel de l'étudiant existe au sein des instituts. En revanche je pense que la pratique de l'analyse pourrait être confrontée aux modalités théoriques pour enrichir sa démarche actuelle et la rendre plus pertinente. L'accent mis sur les situations réelles devrait permettre d'éliminer les situations bricolées ou inventées. Cependant cette approche pédagogique par le biais de la didactique professionnelle est complexe. A lui seul le mot « *didactique* » heurte souvent les formateurs qui ne savent pas forcément l'interpréter. Ne serait-il pas envisageable de sensibiliser les formateurs à l'intérêt de la didactique professionnelle au même titre qu'une autre formation, pour permettre d'en comprendre le sens et le mode d'exploitation ?

Certes, l'accompagnement a ses limites qui sont liées au contexte socioéconomique du terrain, aux dérives de la relation duelle ou au fait de croire que tous les étudiants peuvent réussir... Mais ce constat ne doit pas empêcher d'interroger les principes fondateurs de l'accompagnement pour s'approprier au mieux ce geste. Ainsi il serait peut-être envisageable de proposer une formation sur l'accompagnement à l'ensemble de l'équipe pédagogique dans une forme actualisée « d'intelligence collective ».

En réalisant cette étude j'ai ouvert d'autres problématiques liées à l'erreur : Comment améliorer le tutorat des étudiants en stage pour sécuriser leur apprentissage ? Serait-il envisageable d'aborder le non-dit de l'événement, valeur tabou, sous l'angle de l'identité professionnelle, du secret partagé ou de la honte au travail ?

BIBLIOGRAPHIE

- ASTOLFI, J. (1997). L'erreur un outil pour enseigner. ESF Editeur.
- BALLAS.CHANEL, A. (2013). La pratique réflexive : Un outil de développement des compétences infirmières. Elsevier Masson.
- BEAUVAIS, M. (2004). Des principes éthiques pour une philosophie de l'accompagnement. Revue Savoirs n°6.
- BOULARD, D. (2016). L'accompagnement : un mode de vie essentiel dans une société post-moderne ? <https://m.sensemaking.fr>
- BOUTINET, J. - DENOYEL, N. - PINEAU, G - ROBIN J.Y. (2005) : Penser l'accompagnement adulte. Puf.
- CAPARROS-MENCACCI, N. e. (2007). Accompagner, une pratique qui s'apprend p.47.52. BRUXELLE : De Boeck.
- CHARLIER, E. (2012). Accompagner un agir professionnel. De Boeck supérieur.
- CIFALI, M. (1999). Métiers" impossibles" une boutade inépuisable. Le Portique.
- CIFALI, M. (2001). Accompagner : quelles limites ? Cahiers pédagogiques.
- CIFALI, M., THEBERGE, M., & BOURASSA, M. (2011). Cliniques actuelles de l'accompagnement. Recherche et formation.
- CLOT, Y. (2001). Clinique du travail et action sur soi. Théories l'action et éducation. De Boeck supérieur, p 255-277
- DEJEAN, K. e. (2013). Co-analyse réflexive des enseignants débutants sur des situations professionnelles vécues : quelles professionnalités des formateurs? Dans Experiences des adultes et professionnalités des formateurs (p. 49 à 62). De Boeck supérieur.
- EL KOUARI F., FLEURY, N., NION, N., PERIGAULT, F. (2016), Administration du médicament, prévenir les interruptions de tâches. La revue de l'infirmière, volume 65 n° 221, pages 20-22

- FAYOL, M. (1995). La notion d'erreur, éléments pour une approche cognitive . (E. L. sauvage, Éd.) *Intelligences, scolarité et réussites*, pp. 137-152.
- FRANCES, A.M. (2015). Place de l'erreur dans l'apprentissage des futurs professionnels paramédicaux. . *Soins Aides-Soignantes - Vol. 14 - N° 75 - p. 24-25 - Place de l'erreur dans l'apprentissage des futurs professionnels paramédicaux*
- FRISCH, M. (s.d.). *Emergence en diadactique et métiers de l'humain.* (p.138-156). Ideki-L'harmattan.
- GALAM, E. (2003). *L'erreur médicale. La revue du praticien.*
- GALAM, E. (2005). *Dé-dramatiser et travailler nos erreurs. Revue du praticien.*
- HALL, C. S. (2010). *Arithmétique et soins infirmiers. Revue Soins.*
- HAS (décembre 2011). *La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique.*
- HAS (2016). *Repères – Pas d'erreur sur l'erreur. Webzine de l'HAS.*
- JOYEUX, S. - BOHIC, V. (mai 2016). *L'erreur, une source d'apprentissage - La revue de l'infirmière - vol. 65, n°221, pages 23-26*
- JUPPE (1996). *Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.*
- LAROUZEE, J. G. (2015). *Le modèle de l'erreur humaine de James Reason. HAL.*
- LATIL, F. (2007) *Place de l'erreur médicale dans le système de soins. Revue Pratiques et organisation des Soins, volume 38, n° 1, pages 69-77*
- Légifrance.gouv. (s.d.). www.legifrance.gouv.
- LE BOUEDEC, G. (2001). *Accompagnement ou individuation. Pages 6-7. Presse universitaire.*
- LHOTELLIER, A. (2007). *Accompagner et tenir conseil : démarche fondamentale ou anesthésie sociale. Dans J. BOUTINET, Penser l'accompagnement adulte.*
- MAES, AC et POINTET, C. (2014). *Sensibilisation des élèves infirmiers aux erreurs médicamenteuses liées à la préparation des médicaments. Le pharmacien hospitalier et clinicien. Volume 49, issue 4, page 309.*
- MULLER, Mirza, N. (2008). *"Les Indiens ont-ils une âme?" Rapport à l'altérité, compétences dialogiques et apprentissage. Cahier de psychologie.*

- OLRY, P. (2009). L'expérience du travail comme indicateur de développement. Recherche en éducation .
- PARAGOT, J.M. (2012). Pour une stratégie d'aide au changement de formation des enseignants débutants. Atelier n°3 Conférence 2012 Académie Nancy-Metz.
- PARAGOT, J.M. (2014). Parcours d'un professionnel de formation. L' Harmattan.
- PARAGOT, J.M. (2017). Didactiques et métiers de l'humain pour une clinique didactique.
- PARAGOT, J.M. (2013). Experience de soi. <https://wikidocs.univ-lorraine.fr>
- PASTRE, P. (2014). La didactique professionnelle. Paris: PUF.
- PAUL, M. (2002). L'accompagnement : une nébuleuse. Education permanente.
- PEOCH, N. (2008). L'accompagnement de l'étudiant en soins infirmiers: une pratique entre l'explicite et l'implicite. Soins cadres.
- PERIGAULT, F. (2016). Administration des médicaments, prévenir les interruptions des tâches. La revue de l'infirmière.
- POMA, R. (2016). La culture positive de l'erreur, aspects historiques, épistémologiques et éthiques. Soins, p. 26-29.
- REDHON, M. (2006). Plan " hôpital 2007". Cadre de santé.com.
- REUTER, Y. (2015) Panser à l'école - de l'erreur au dysfonctionnement. Conférence départementale
- REZEAU, J. (s.d.). Didactique et pédagogie. Y. Chevallard, « Concepts fondamentaux de la didactique : perspectives apportées par une approche anthropologique », Recherches en didactique des mathématiques : THESE.
- RICHARD, E. (2011). Animer un groupe d'analyse de pratique. Cahiers Pédagogiques.
- RISTEA P. (2006). Erreurs et apprentissages, le rôle de l'erreur dans l'apprentissage du français langue étrangère. Thèse.univ-lyon2
- RIVIERE, A. (2013). Erreurs d'administration des médicaments : a-t-on progressé? Le praticien en anesthésie réanimation.
- SCHMITT, E. (2006). Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse. Société française de pharmacie clinique.

- SCHMITT, L. (2010) - Responsabilité de l'étudiant en soins infirmiers – Revue de l'infirmière n° 161.
- SCHWEYER, L. (2016). L'approche pédagogique de la pharmacologie en IFSI. La revue de l'infirmière.
- VERMESCH, P. (1991, Avril). L'entretien d'explicitation. Les cahiers de Beaumont n° 52.
- VIAL, M. (2007). L'accompagnement professionnel : une pratique spécifique. conférence à Ariane Sud entreprendre.
- WINNYKAMEN, F. (1990). Apprendre en imitant. Puf.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Entretien formateur 1 (F1)

ANNEXE 2 : Entretien formateur 2 (F2)

ANNEXE 3 : Entretien formateur 3 (F3)

ANNEXE 4 : Entretien formateur 4 (F4)

ANNEXE 5 : Entretien formateur 5 (F5)

ANNEXE 6 : Entretiens formateurs 6 et 7 (F6 et F7)

ANNEXE 7 : Entretien étudiante en soins infirmiers 3ème année (ESI)

ANNEXE 8 : Entretien Cadre de Santé Supérieur de la Direction Gestion des Risques et Evénements indésirables liés aux Soins

ANNEXE 9 : Charte d'encouragement à la déclaration des événements indésirables à l'HNFC

ANNEXE 1

ENTRETIEN FORMATEUR F1 (TÉLÉPHONIQUE)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34

MOI : Je vous rappelle mon sujet : l'erreur d'administration médicamenteuse à l'hôpital réalisée par un étudiant 3^e année. Je questionne également l'accompagnement de cet étudiant par le formateur, dans cette situation.

L'objet erreur questionne dans ce métier, métier de l'humain où par conséquent l'erreur est toujours possible.

Ma visée est de découvrir ce qui existe au niveau de la pédagogie de l'erreur. Comment se passe l'accompagnement de l'étudiant face à l'éventualité que l'erreur peut arriver ou lorsque l'erreur est déclarée par l'étudiant.

Je désire connaître les moyens mis en place dans ces deux domaines qui sont l'erreur et l'accompagnement, quelle est votre posture ?

Je voudrais savoir si l'erreur a sa place dans les dispositifs d'apprentissage, s'il existe une culture de l'erreur.

Je vous propose de questionner concrètement les 2 objets : erreur et accompagnement.

Est-ce que l'erreur est acceptée, est-elle déclarée, existe-t-il une procédure de déclaration d'erreur ?

F1 : Alors heu, je dirais... au niveau culture de l'erreur...heu.. Je dirais qu'il y a 2 moments pour l'apprenant : il y a erreur qui va arriver sur le terrain et puis heu en pédagogie sur les temps d'apprentissage, il y a... il y a erreur qui..qui bien souvent...enfin quelque part on leur dit souvent dans les TD s'il y a un endroit où vous pouvez vous tromper c'est bien là, l'important c'est de pouvoir l'identifier mais on en parlera peut-être dans l'accompagnement.

mm hum hum... j'aurais envie de dire, l'erreur elle arrive sur le terrain déjà heu... d'un point de vue terrain et IFSI heu ... on est tout de suite contacté.

MOI : qui vous contacte ?

F1 : Qui est-ce qui nous contacte ? C'est heu, c'est les encadrants ou le cadre tout dépend de la structure, une structure plus importante ou pas, c'est les encadrants qui nous contactent, ils nous font appel assez rapidement, j'aurais envie de dire : pas systématiquement, pas sur des erreurs minimales et quand bien même y a-t-il des erreurs minimales, je ne sais pas ; heu... mais lorsque l'erreur heu ... met en danger le patient c'est là où le contact est pris..... Après sur les

35 établissements il y a tout ce qui est gestion des risques et la déclaration des événements
36 indésirables qui s'est bien développé alors..... à l'hôpital j'aurais envie de dire queeee laaaa....
37 çaaaaC'est réalisé, alors est-ce que ça l'est à 100 % heu ... je ne pourrais pas répondre
38 hein. Dans les EHPAD, c'est plus compliqué pour déclarer les erreurs.
39 Avant de parler de faute, hein... c'est déjà qu'est-ce qu'on peut faire pour heu
40Accompagner ce moment-là.

41

42 **MOI** : quand vous dites ils préviennent de suite, c'est-à-dire le formateur, le secrétariat, la
43 direction de l'IFSI ?

44

45 **F1** : j'ai envie de dire.... euh... les encadrants préviennent le secrétariat et le secrétariat en
46 fonction de qui il a à sa disposition, comme on peut être en visite de stage ou en suivi ils ne
47 vont pas forcément nous déranger à ce moment-là. Ils vont basculer l'appel indisponible. En
48 général ils appellent soit le référent de promotion, soit le référent du lieu de stage, soit le
49 référent de suivi pédagogique, soit la directrice si elle est là. Alors vous voyez en général la
50 secrétaire arrive toujours à basculer sur la personne concernée.

51

52 **MOI** : D'accord.

53

54 **F1** : C'est peut-être le référent de lieu de stage qui est peut-être le premier contacté, parce que
55 souvent ce qu'il demande (le service) c'est une rencontre assez rapide.

56

57 **MOI** : Si je reviens à ce que vous avez dit précédemment ...que ce n'est pas déclaré
58 systématiquement sauf s'il y a danger et erreur minime. Est-ce une appréciation du
59 professionnel du terrain qui juge que c'est à déclarer ou pas ?

60 Dans le cas d'une erreur minime est-ce que l'erreur d'administration médicamenteuse peut être
61 considérée comme une erreur minime selon l'étape de l'erreur, le moment où l'erreur a été
62 réalisée ? Par exemple, si l'erreur apparaît au moment de la lecture de la prescription médicale
63 et que l'ESI a été arrêté, est-ce qu'elle est considérée comme une erreur minime en sachant
64 que l'étudiant n'a pas administré le médicament ; est-ce que c'est l'étape de l'erreur qui définit
65 si elle doit être déclarée ou pas ? Que mettent-ils sous l'erreur minime ?

66

67 **F1** : Je dirais que c'est une représentation car ça mériterait une enquête plus approfondie sur
68 est-ce que tout est déclaré parce que.... entre..... oui heu ...est-ce que tout est déclaré ? Je ne
69 sais pas ...

70 **MOI** : Est-ce que l'étudiant vous prévient de son erreur où est-ce que c'est toujours le tuteur
71 qui l'a déclarée auprès de vous ?

72

73 **F1** : C'est le tuteur qui déclare, c'est lui qui a accès à l'outil informatique de déclaration des
74 événements indésirables.

75

76 **MOI** : Mais est-ce que l'étudiant vous prévient de son erreur, lui en personne ?

77

78 **F1** : Il y en a qui déclarent auprès de l'IFSI et d'autres qui ne préviennent pas
79 systématiquement mais ils savent que le contact est pris avec l'IFSI.

80

81 **MOI** : Et ensuite une fois que l'erreur est déclarée, vous me disiez que le formateur prévenu
82 se déplace et que se passe-t-il après ?

83

84 **F1** : Heu (tousse).....heu il se passe quoi? Bien (tousse) ... C'est bien en
85 fonction de chaque site.

86

87 **MOI** : C'est bien le site hospitalier qui m'intéresse.

88

89 **F1** : Moi j'aurais envie de dire que s'il y a, il y a....à partir du moment où la déclaration est
90 faite et tout ce qui doit être mis en place derrière comme le réajustement auprès du patient car
91 oui ça entraîne des soins supplémentaires et des surveillances plus particulières.

92 Nous ... nous allons essayer de ne pas être dans.... comment, dans la chose ... dans la faute.

93 Nous allons plutôt être là, on va plutôt essayerheu nous allons faire en sorte que chacun
94 puisse essayer de laisser exprimer chacun..... Car entre l'étudiant qui peut être complètement
95 anéanti et l'encadrant lui aussi parce que c'est aussi sa responsabilité, ça demande quand
96 même une écoute attentive. Heu..... On va plutôt essayer de... voilà, d'être dans
97 l'accompagnement.

98

99 **MOI** : Et cette rencontre, cet accompagnement entre l'ESI et le formateur se fait dans le
100 service ?

101 **F1** : Ça peut se faire dans le service comme à l'IFSI, j'ai envie de dire tout dépend.

102

103 **MOI** : Demandez-vous, à l'apprenant, de réaliser une analyse de pratique ?

104

105 **F1** : Alors ...heu Et bien c'est la situation d'une de mes étudiante 2e année qui a fait une
106 erreur d'administration médicamenteuse elle a été vue en premier par le formateur référent du
107 stage et c'est comme ça que j'ai eu l'information.

108 Il a eu tout un accompagnement sur le terrain par l'encadrant et ma collègue référente ...ça a
109 été un moment difficile pour elle car elle a inversé 2 résidents.

110 Et l'infirmière sur le moment lui a demandé de faire tout ce qu'il y avait à faire : appeler le 15
111 comme c'était le soir et qu'elle était en EHPAD pour avoir des prescriptions. ben... c'est le
112 début de la déclaration, dirons-nous ; il y a toute la gestion administrative de la déclaration.

113 Alors rien que déjà dans cette situation l'étudiante se sentit dans une situation d'écoute et de
114 l'accompagnement de la part du médecin du Centre 15.

115 Elle m'a contactée elle m'a dit que « je ne suis plus en confiance est-ce que je peux poursuivre
116 ma deuxième année ? » C'était une remise en question complète de sa formation.

117 Et moi je savais que les entretiens qu'elle avait eus avec les encadrants de terrain était
118 bienveillants et moi j'ai continué à l'être ; et je lui ai dit: “si vous vous en sentez capable,
119 écrivez votre première analyse de pratique que vous glisserez dans votre portfolio à partir de
120 cette situation-là”

121 Alors c'est vrai que sur le moment c'est quelque chose de pas facile à faire car c'est se
122 remémorer quelque chose de traumatique.

123 Écrire et après se questionner elle a su attraper des choses et le faire. Le passage à l'écrit avec
124 accompagnement car effectivement elle m'envoyait morceau par morceau en me disant : “
125 ohlala aidez-moi dans l'écriture”

126 L'analyse de la pratique lui a permis avec le soutien des encadrants, euh de reprendre
127 confiance en elle pour la suite de son stage.

128

129 **MOI** : Quand vous dites elle a eu un accompagnement dans ce passage à l'écrit, est-ce que ça
130 veut dire qu'il y a un accompagnement avec des échanges à l'oral et un accompagnement avec
131 un tiers qui est l'écrit entre l'accompagnant et l'apprenant ?

132

133 **F1** : Oui, d'ailleurs elle m'a sollicitée plusieurs fois pour des rencontres en tête-à-tête à l'IFSI,
134 un entretien à l'oral

135 Et puis.... L'écrit, alors moi c'est une de mes façons de fonctionner donc souvent c'est
136 l'analyse "portfolio" parfois ils ont du mal:

137 En deuxième année on est plus exigeant.

138 Donc je leur propose d'écrire déjà dans un premier temps ce qu'elles ont envie d'écrire dans la
139 description de cette situation

140 Elle me l'envoie sur document Word par le biais de la messagerie

141 A la lecture je peux donc mettre des commentaires sur ce document Word à la marge droite

142 Petit à petit j'essaie de lui faire décrire....heu en général la description de ce qui s'est passé

143 elles le font bien ce qui est plus compliqué à faire ressortir c'est leur ressenti, ce qu'elles ont

144 ressenti sur le moment. Je la pointe à la lecture des phrases par exemple si elle écrit « je me

145 suis sentie mal » j'écris à la marge "ça veut dire quoi ?"

146 Je leur renvoie leur travail pour leur faire décrire davantage leurs ressentis, elle me le renvoie

147 à nouveau donc je relis à nouveau parfois il y a tellement de choses à souligner dans leurs

148 écrits que via mail ce n'est pas évident. Mais quand bien même parfois je renvoie des écrits

149 qui sont plein plein de commentaires. A partir de ce qu'elles ont écrit je leur demande d'en

150 écrire un peu plus car il y a tellement de choses à clarifier..... Leur pensée et une fois que le

151 ressenti est bien déployé enfin...heu mis à plat, c'est un peu douloureux pour eux car ils se

152 rendent compte la culpabilité tout ça ressort, le questionnement arrive en même temps et le

153 questionnement fait que..... Après ça leur permet de dire ah ben oui, effectivement je ne

154 connaissais pas trop ce domaine-là donc heu heu peut-être retourner voir ce dont j'ai besoin

155

156 **MOI** : D'après ce que vous dites, est-ce que l'on peut dire que le questionnement arrive après

157 avoir mis à plat ses émotions, réactions émotionnelles ?

158

159 **F1** : Oui oui, ça leur permet de s'autoriser à s'ouvrir sur des questions auxquelles elles

160 n'auraient pas pensé tout de suite et partir chercher des éléments supplémentaires alors oui ça

161 les fait partir sur les émotions : "pourquoi j'ai fait ça" et petit à petit ça leur permet aussi de

162 travailler sur eux même et de se préparer à des situations inattendues Quel le métier demande

163 à rester présent dirons-nous. Elles décrivent bien ce qu'elles ressentent que si elles pouvaient

164 partir elle le ferait (rire) même si elles le font pas mais quand bien même comment arriver à

165 garder toute sa lucidité car elle identifie bien qu'il faut être réactif.

166

167 **MOI** : L'accompagnement se fait par mail mais aussi de visu si vous sentez la nécessité et si
168 l'ESI le demande mais c'est vous qui décidez s'il veut vous rencontrer en direct un moment
169 donné ?

170

171 **F1** : Oui je dirais que c'est en fonction de l'avancé de l'écrit et aussi en fonction de leur besoin
172 à eux..... car il y en a qui auront besoin peut-être de parler et parfois un commentaire écrit
173 peut être pas forcément explicite. Donc ça peut être aussi de ma part.

174

175 **MOI** : D'accord en tous les cas donc le début de l'accompagnement c'est la production écrite
176 et ensuite plus ou moins un entretien avec vous ?

177

178 **F1** : Oui.

179

180 **MOI** : Accompagnez-vous l'étudiant dans l'approche que l'erreur peut arriver et ça avant son
181 départ en stage sont-ils conscients que l'erreur peut arriver et l'accompagnez-vous dans ce
182 sens-là ?

183

184 **F1** : Alors il y a des temps de préparation en stage S1, S2 voire même S3 où on aborde
185 plusieurs choses. Effectivement on n'aborde peut-être pas forcément ce risque d'erreur on
186 l'aborde pas en tant que tel. Il vient ou pas dans la discussion.

187 Mais ce n'est pas quelque chose qu'on met au programme, à l'ordre du jour, sur ces temps de
188 rencontre.

189 Moi je dirais qu'on aborde en semestre euh 1, on l'aborde un peu en UE pharmaco. Par le biais
190 des intervenants quand ils parlent des prescriptions et puis quand on commence les calculs de
191 doses je dirais que c'est là qu'ils commencent à se poser des questions et à se dire "oh là là et
192 si je me trompe" parce qu'il y a ceux qui sont en difficulté dans ces calculs.

193 Alors je dirais même qu'ils se mettent eux-mêmes en pré-alerte.

194

195 **MOI** : si je comprends bien, c'est le fait d'envisager qu'ils peuvent faire des erreurs qu'ils les
196 mettent en alerte.

197

198 **F1** : J'aurais envie de dire que ceux qui sont en difficulté dans ses calculs de dose, justement
199 lui dise "si je n'arrive pas à calculer je vais faire des erreurs" Et je vais mettre le patient en
200 danger donc cet étudiant-là aurait le sentiment qu'il serait plus en pré-alerte

201 **MOI** : Alors ... il y a ceux qui peuvent le dire et ceux qui ne s'expriment pas....
202
203 **F1** : Oui ...oui
204
205 **MOI** : Et pour ceux qui n'expriment pas leurs craintes de ne pas réussir les calculs, existe-t-il
206 d'autres temps ou d'autres moyens pour eux d'accéder à cette verbalisation de la peur de
207 l'erreur, à verbaliser leurs difficultés, ... à dire j'ai peur de l'erreur ?
208 **F1** : (silence)
209
210 **MOI** : Quand vous dites, précédemment, on en parle un peu de l'erreur est-ce qu'elle a sa
211 place dans le dispositif et comment ? Par exemple existe-t-il un TD qui traite de l'erreur ?
212
213 **F1** : Nous n'avons pas de TD sur l'erreur en tant que telle, toutefois nous nous appuyons
214 souvent sur l'erreur quand elle arrive en TD
215 On amène l'étudiant à l'identifier
216 Et en quoi l'erreur peut lui être utile pour être constructif
217
218 **MOI** : Oui, alors comment vous y prenez-vous ? Au cours d'un TD, vous me dites ; de quel
219 TD ?
220
221 **F1** : Heu ... heu : Exemple pour les premières années j'hésite pas à leur dire si vous ne
222 savez pas faire dites-le et si vous avez peur de le faire dites-le.
223 Sur le terrain j'ai envie de dire que c'est relativement bien identifié alors qu'il n'y a pas
224 forcément erreur mais quand on les rencontre en visite de stage souvent c'est évoqué : j'ai
225 peur de mal faire, j'ai peur de me tromper
226 Ils l'expriment assez facilement sur le terrain, ça peut être 3 semaines après le début du stage,
227 lors de la visite de stage.
228
229 **MOI** : Ce qui m'intéresse surtout ce sont les 3^e année.... Est-ce que vous les préparez à leur
230 future posture professionnelle ? Rappelons qu'en fin de 3^e année ou semestre 6 ils sont encore
231 apprenants est déjà considérés parfois comme des futurs professionnels à la limite de
232 l'autonomie complète ; on remarque souvent que l'erreur vient du fait que l'étudiant ne se
233 positionne pas vraiment dans sa posture et veut tout faire sans solliciter ses collègues déjà
234 diplômés la peur d'être jugé s'il ne fait pas tout dans la prise en charge de son secteur.

235 **F1** : L'erreur n'est pas abordée systématiquement avant le stage par contre retour elle est
236 abordée au retour de stage ou lorsqu'ils reviennent sur leur temps de stage (reviennent 2 fois)
237 pour des analyses de pratiques en petits groupes de 8 à 10 étudiants, ça se passe à l'IFSI.
238 C'est le même groupe pendant les 3 années. Le temps de cette analyse de pratique c'est fait
239 avec un formateur de l'IFSI et une infirmière de terrain qui se déplacent à l'IFSI et qui a été
240 formé à l'analyse de la pratique et qui reste sur le même groupe.
241 Ils viennent chacun avec une situation à eux mais bien sûr on peut pas travailler toutes les
242 situations sur le groupe de 8.
243 Toutefois cette situation-là de l'erreur arrive, parfois, sur le temps de cette analyse de pratique.
244
245 **MOI** : Parfois ?
246
247 **F1** : Je dis bien parfois... parfois (rire)
248
249 **MOI** : Effectivement ça questionne la reconnaissance de l'erreur de la part de l'étudiant et la
250 peur d'avouer qu'on a fait une erreur
251 Est-ce que parler de son erreur n'est pas un tabou ? et ce que c'est permis ? Est-ce que le TD
252 est une occasion de leur parler de leurs erreurs au sein du groupe ? Est-ce qu'on les autorise à
253 parler de leurs erreurs ?
254
255 **F1** : Heu, j'ai envie de dire, heu ...moi personnellement je vais m'autoriser à leur permettre de
256 parler de cette erreur
257 Heu heu, comment ... J'aurais envie de dire... quand je m'autorise à le faire c'est que le
258 groupe dans lequel on est le permet, c'est-à-dire que tu il y a une certaine bienveillance et une
259 certaine confiance.
260 Parce que effectivement il y a des étudiants qui n'en parleront pas par crainte de, peut-être, de
261 perdre la confiance, d'être jugé.
262
263 **MOI** : Cette situation peut poser la question de définir un cadre conceptuel de l'encadrement,
264 peut-être ?
265
266 **F1** : Ouioui
267 Oui il y a un cadre mais toutefois je sens bien qu'on ne peut pas demander à un étudiant de
268 parler de l'erreur à n'importe quel moment.

269 Par exemple, l'étudiante que je suis qui a commis une erreur en deuxième année on parle
270 maintenant en 3e année plus facilement en sachant qu'elle fait son mémoire sur les erreurs
271 d'administration médicamenteuse. Il y a une prise de recul considérable

272 J'ai le cas d'une étudiante 2e année qui a également fait une erreur mais pas à l'hôpital et je ne
273 me vois pas lui parler de son erreur maintenant, je ne la sens pas à ce stade-là de prise de
274 recul.

275

276 **MOI** : Lui avez-vous posé la question ?

277

278 **F1** : Si elle parle avec ses collègues de promotion, heu, dans son groupe d'appartenance, en
279 petit groupe je dirais, elle en a parlé à ses collègues les plus proches,

280 Heu, toutefois je vais revoir les 3e année, en TD sur la transfusion sanguine et on va aborder
281 ce risque d'erreur ; heu..... Je sais pas.... Je verrai bien

282

283 **MOI** : Quand vous dites : on va l'aborder le risque d'erreur, est-ce que c'est déjà construit
284 dans le dispositif c'est abord ou alors vous l'intégrez dans votre TD avec votre ressenti à
285 l'instant du TD ?

286

287 **F1** : Je dirais que c'est écrit dans le TD, un moment donné on utilise des supports où il y a
288 déjà des erreurs, on a construit des situations ou à un moment donné, c'est de la simulation, il
289 y a une erreur. On attend à ce qu'il la voit. Toutefois on s'attend aussi à ce qu'il ne la voit
290 peut-être pas.

291

292 **MOI** : Est ce que les ESI sont informés que des erreurs se sont glissées dans le TD ?

293

294 **F1** : Oui ...heuoui, j'aurais envie de dire oui ils le savent. Bon ... après c'est des TD qui
295 fonctionnent assez bien c'est plutôt ludique, on leur dit voilà il y aura des intrus des erreurs
296 soyez attentif faites bien toutes vos vérifications.

297 Quand ils ont trouvé l'erreur ils sont contents (rire), quand vous me le faites exprimer ça me
298 fait cet effet-là, oui ils sont satisfaits, ce qui fait que je ne me verrais pas à ce moment-là...
299 parler de l'erreur lorsqu'elle arrive en situation réelle pour ne pas euh.....oui ... euh ...

300

301 **MOI** : Existe-t-il d'autres TD où l'on fait apparaître l'erreur, où l'erreur à sa place, on en
302 parle ?

303 **F1** : Oui il y a un autre TD mais je ne participe pas. J'entends mes collègues en parler c'est
304 dans la gestion des risques en deuxième année.

305 C'est la chambre des erreurs mais oui il n'y a pas de médicament plus des intrus dans la
306 chambre qu'il doit avoir repérés, dans la situation il y a une prescription médicale

307 L'hôpital de..... a créé une chambre des erreurs et tous les professionnels étaient invités à
308 entrer dans cette chambre à observer et ensuite ils devaient déposer un document sur lequel ils
309 avaient retranscrit les erreurs repérées et les résultats ont été analysés ; il y avait un prix donné
310 à ceux qui n'avaient pas fait d'erreur.

311

312 **MOI** : Si je reviens au TD transfusion, si l'étudiant ne repère pas l'erreur, que se passe-t-il ?

313 L'arrêtez-vous au moment où il fait l'erreur pour un questionnaire et laisser un échange
314 avec les autres étudiants ? Le laissez-vous poursuivre? Ou alors est-ce que vous échangez ?

315 Vous l'accompagnez à part dans un autre endroit à un autre moment au sujet de l'erreur qu'il
316 aurait pu commettre ?

317

318 **F1** : Comment ça se passe ?.....comment ça se passe ?

319 Heu, ...Moi j'aurais envie de dire que il y a deux cas de figure soit il ne la repère pas du tout et
320 on le laisse aller jusqu'au bout et il y aura un moment donné où il va être face à l'erreur et ça
321 va l'arrêter net et c'est là que c'est intéressant de lui dire” attends qu'est-ce qui se passe ?” Et
322 de lui faire évoquer..... Lui faire évoquer..... qu'est-ce qui se passe pour luieh
323 heu....parce que justement il est face au fait qu'il n'a pas vu l'erreur.

324 Il est effectivement pas forcément joyeux on le voit sur son visage, et justement
325 l'accompagner pour lui faire exprimer “qu'est-ce qui vous arrive” Parce qu'on laissant à
326 l'arrêt.

327

328 **MOI** : Vous disiez que vous l'accompagniez dans le questionnaire, dans cette situation
329 comment vous y prenez-vous ?

330 Est-ce que à ce moment-là l'étudiant reste parmi les autres ou alors vous l'accompagnez
331 ailleurs dans un autre endroit ou à l'écart des autres ?

332

333 **F1** : Oui oui ...tout dépend le contexte et le moment et tout dépend des consignes données
334 aux autres étudiants parce que quand il y en a qui travaille et qui doivent raisonner en même
335 temps

336 Bien souvent moi ce que je donne comme consignes aux autres c'est d'être à l'écoute et d'être
337 observateur avec une grille d'observation ou alors prendre des notes. ...parce qu'ils ne
338 pourront pas interrompre et intervenir.

339 Je leur demande d'écrire au lieu d'intervenir je leur dis d'écrire "à ce moment-là j'aurais bien
340 voulu intervenir".

341 Ce qui fait que quand l'étudiant constate qu'il s'est trompé donc c'est vrai qu'il peut y avoir un
342 moment de vide quand l'étudiant fait son erreur et ne dit plus rien et c'est là que les autres
343 bien souvent ont envie d'intervenir.

344 Quand l'étudiant commet son erreur et qu'il s'arrête alors je lui demande de s'exprimer et de
345 dire ce qu'il ressent alors il finit par dire : alors ils ont leurs mots un peu.....cash : J'ai tout
346 foiré enfin voilà...

347 Je leur demande ce qu'ils veulent dire par là, de quoi ils ne sont pas satisfaits car souvent ils
348 disent je me suis trompé mais je ne vois pas où ou je ne sais plus où et je ne sais plus où j'en
349 suis.

350 Je laisse exprimer leur désarroi, dirons-nous, sans être jugeant en disant" bah c'est pas bien"
351 vous faites ce constat-là, du coup qu'est-ce que vous auriez envie de dire ? Voilà

352 Et également je leur demande qu'est-ce que vous ressentez ? Ils expriment leur désarroi et des
353 larmes parfois.

354 Et en remontant la machine arrière ils arrivent parfois à identifier le moment où ils se sont
355 trompés et ce qui fait que dans ces cas-là j'essaie d'être attentive à ce que ce soit que lui qui ait
356 la parole pour.

357 Après quand je sens que son flot de paroles revient, où il est plus dans une explication, où là
358 je me dis ça y est je vais pouvoir à un moment donné, donner la parole à ses collègues.

359 Dans ces cas-là ils sont relativement bienveillants car souvent les notes qu'ils ont prises
360 correspondent à ce qu'il a dit "on s'est rendu compte, on avait la consigne de rien dire".

361 Donc voilà il y a ce genre de TD là où les consignes sont données avant, où la place de
362 chacun et bien identifiée, bon on est un peu comme de la simulation dirons-nous.

363 Et puis il y a la situation où c'est pas du tout, heu...je pense au calcul de dose où l'étudiant
364 trouve des doses complètement erronées.... Alors on n'est pas dans une situation de
365 simulation donc on le met face à son erreur.

366 Heu...si l'étudiant ne parvient pas à repérer son défaut de raisonnement au niveau de son
367 calcul de dose et bien je l'amènerai à en discuter plus en aparté plus.

368

369 **MOI** : Dans cette situation où c'est un étudiant qui ne dépend pas de votre groupe de suivi
370 pédagogique est-ce-que vous prévenez son formateur référent de ses difficultés lors du calcul
371 de dose? y a-t-il un suivi un accompagnement suite à ce TD ?

372

373 **F1** : La question que vous me posez là me fait me rendre compte que lorsque c'est des
374 étudiants de mon suivi pédagogique je leur propose de refaire l'exercice

375 Je leur dis “après on se revoit, on prendra un temps en tête-à-tête” ; je m'autorise
376 effectivement à le faire pour les étudiants que j'ai en suivi pédagogique.

377 Pour les autres j'aurais envie de dire : “ je le redis si vous souhaitez je suis tout à fait prête à
378 vous accompagner, c'est à eux d'en faire la demande, et heu

379 Quelque part j'aurais envie de dire que je ne le trace pas dans son suivi pédagogique
380 informatisé mais que j'en parlerai directement à son formateur référent.

381

382 **MOI** : Au cours de cet accompagnement avez-vous repéré des moments difficiles pour vous ?
383 Une difficulté d'accompagnement à ne pas savoir quoi faire face à certains blocages de
384 l'étudiant ? Vous a-t-il manqué des outils ? Une façon de faire ? Avez-vous eu une formation
385 à l'accompagnement ?

386

387 **F1** : Ben, pffffff,.. j'en ai pas eu de formation à l'accompagnement d'étudiant.

388 Là où les situations d'accompagnement sont les plus compliquées c'est bien souvent quand les
389 erreurs s'accumulent et qu'elles continuent à s'accumuler etheuque je n'arrive pas
390 à trouver de levier pour, pour, faire

391

392 **MOI** : Quand l'erreur se répète, questionnez-vous son raisonnement intellectuel c'est-à-dire”
393 qu'est ce qui fait qu'à un moment donné il a les connaissances des verrous et il ne parvient
394 pas à les transporter sur le terrain” ?

395

396 **F1** : Oui c'est questionné largement car avant d'en arriver

397 Quand les erreurs se répètent et qu'il n'y a pas d'amélioration. On sait que derrière il y a la
398 mise en danger du patient et pour l'étudiant un conseil pédagogique extraordinaire avec des
399 décisions qui peuvent être sanctionnantes.

400 Avant d'en arriver là, mais c'est rare d'en arriver jusque-là, c'est rare rare. Avant on essaie
401 d'interroger toutes ses ressources : Quelles sont ses connaissances quelle méthode qu'il a pour
402 travailler ? Comment il s'y prend pour vérifier ? Mais aussi faire vérifier par l'autre ? Quelle

403 ressource il a extérieurement à lui, là aussi où ça pêche souvent c'est que beaucoup ne
404 s'autorise pas à demander de l'aide, à appeler à l'aide.

405 Est-ce que c'est trop d'assurance peut-être vont-ils trop vite, heu heu

406 Donc avant d'arriver à un conseil pédagogique extraordinaire on aura étudié toutes ces pistes
407 et il aura été rencontré par son référent pédagogique le responsable de la promo la directrice.
408 Il y aura eu de multiples rencontres.

409

410 **MOI** : Vous interrogez ses capacités à demander de l'aide, ses connaissances, les méthodes,
411 sa posture par rapport à l'assurance, Interrogez-vous d'autres choses ?

412

413 **F1** : Oui, on va aussi s'autoriser à questionner son environnement de vie pour son
414 apprentissage. On sera à l'écoute de ses problématiques personnelles. S'il y en a. S'il y en a
415 effectivement ce sera l'emmener à..... qu'il prenne des décisions pour lui.

416

417 **MOI** : Vous entendez quoi par prendre des décisions ?

418

419 **F1** : Qu'un qui va s'angoisser très vite et perdre ses moyens, ben..... heuha....

420 On pourra l'écouter dans cette problématique là mais à un moment donné c'est à nous de lui
421 dire qu'il a peut-être besoin de trouver une ressource thérapeutique ou pas, un peu
422 thérapeutique quand même, en dehors de l'IFSI, de ces lieux de stage, voilà.

423

424 **MOI** : Si j'ai bien compris le questionnement orienté autour de la posture de l'assurance des
425 connaissances des méthodes du fait de sa capacité à demander de l'aide et les questions autour
426 de son environnement. Est-ce que c'est vous personnellement qui questionnez où c'est une
427 approche de tous les formateurs ?

428

429 **F1** : Oui j'ai envie de dire c'est un peu la culture de l'équipe, on s'autorise à le faire, et très vite
430 face à une situation un peu complexe on demande le soutien à des collègues qui auraient une
431 formation un peu plus heu plus poussée, comme dans la relation d'aide et notre directrice
432 est très disponible par rapport à ça.

433 Voilà toutefois ce n'est pas à nous d'être thérapeute s'il y a besoin, peut-être qu'on est parfois
434 en les écoutant mais c'est quand même pas notre rôle d'être thérapeute. Ce n'est pas écrit dans
435 les missions mais parfois on peut l'être.

436

437 **MOI** : Est-ce une difficulté de l'accompagnement que de se retrouver confronté à cette
438 relation intersubjective ?

439

440 **F1** : Oui oui je suis à l'IFSI depuis 2004 et ces difficultés-là sont de plus en plus prégnantes,
441 Ou alors en 2004 je n'étais peut-être pas assez à l'écoute quand bien même nous avons de plus
442 en plus d'étudiants dans des situations sociales, psychologiques, familiales très précaires ou
443 en grande difficulté.

444 **MOI** : En quoi ces situations peuvent devenir une problématique en apprentissage pour vous?

445

446 **F1** : Ils ont la tête ailleurs et peuvent commettre des erreurs. Je pense qu'il y a une corrélation
447 entre effectivement leur situation psychologique familiale et le risque d'erreur.

448

449 **MOI** : Est-ce que cette recherche de situation personnelle est questionnée assez rapidement
450 dans le cadre de l'accompagnement, si on part du principe qu'elle peut avoir un impact sur
451 l'apprentissage ?

452

453 **F1** : Oui on y aborde assez tôt et assez directement ; lors de la première rencontre de suivi
454 pédagogique, après avoir tiré au sort le nom des formateurs référents donc en première année,
455 on leur demande d'écrire , un écrit ou on leur dit “ parlez-nous de vous, de qui vous êtes d'où
456 vous venez, leur capacité de travail, dites-nous ce que vous avez envie de nous dire de votre
457 vie qui pourrait nous être utile à savoir pour pouvoir vous accompagner tout au long de vos 3
458 années de formation ; soit sous une forme de lettre ou un document Word, manuscrit. Ils sont
459 libres d'écrire sur le support qu'ils veulent.

460 Il y a ceux qui parleront juste leur cursus scolaire point barre.... et il y a ceux qui s'autorisent
461 déjà à nous donner des éléments très précis sur comment ils vivent.

462 Donc ça c'est le premier courrier qui est fait, et lors de la première rencontre moi je
463 commence toujours par me présenter qui je suis d'où je viens. Qu'est-ce que je fais et après ça
464 me permet de continuer sur eux et sur ce qu'ils ont écrit qui me permet d'en savoir un peu
465 plus..... Dans quelles conditions faut-il être pour apprendre.

466 S'ils ne me parlent pas de leur situation familiale.... je leur dit que pour les accompagner j'ai
467 besoin de savoir s'ils sont seuls.... s'ils ont des enfants. La sphère familiale me permet de
468 savoir s'ils ont de la ressource..... Comment ils s'y sentent.

469

470 **MOI** : Et concernant cette lettre que les étudiants écrivent dès le début de leur première année

471 Y a-t-il une suite ? Est-ce que vous leur demandez d'écrire une autre lettre au bout de 6 mois
472 ou en 2^e année ou en 3^e année ?

473

474 **F1** : Heu bien, non, on leur ne demande pas de nous réécrire. Par contre lorsque que pour le
475 coup ils sont en difficulté ils nous écrivent longuement sur notre adresse mail...Mais ce n'est
476 pas forcément un lien avec une erreur d'administration médicamenteuse.

477 Et souvent quand on voit la longueur du mail c'est interpellant donc on s'installe et on prend le
478 temps de le lire on se dit que quelque chose ne va pas, je les garde en archives et bien souvent
479 ça débouche sur un entretien entre l'étudiant et moi.

480 Ah mais quand même, au semestre 6 lorsque les 3^e année vont partir en stage, on leur
481 demande de faire une analyse réflexive cette fois-ci pas sur une situation mais sur eux, centrée
482 sur eux sur leur évolution professionnelle, de regarder comment ils ont évolué de la première
483 à la troisième année.

484 C'est l'objet de l'analyse de leur pratique du semestre 6 où là on retourne un peu l'analyse plus
485 centrée sur eux " dites-nous ce que vous pensez de vous comment vous vous sentez à l'aube
486 d'être un futur professionnel et partez bien de ce que vous étiez en première année de ce que
487 vous pensiez de vous en première année.

488

489 **MOI** : Ont-ils un moment particulier pour écrire cette analyse sur eux-mêmes ?

490

491 **F1** : Ils ont tout le semestre 6 pour écrire, il n'y a pas d'échéance c'est jusqu'à la fin du stage.

492

493 **MOI** : Quand vous me dites qu'ils ont jusqu'à la fin du stage pour rendre leur analyse
494 réflexive qu'en faites-vous en terme d'accompagnement ?

495

496 **F1** : Alors moi ce que j'essaie de faire, ça fait 2 ans que j'essaie de le faire, j'essaie de faire
497 croiser cette analyse sur eux avec leurs sujets de travail de fin d'étude car un moment donné
498 on leur demande une analyse réflexive dans ce travail de fin d'étude. Donc en fonction de leur
499 sujet je reviens un peu sur leur analyse et aussi pour leur donner envie d'écrire sur eux et
500 qu'ils parviennent à le transférer dans leur travail de recherche.

501

502 **MOI** : D'accord, si je reviens à mon sujet, vous m'avez cité des erreurs d'administration
503 médicamenteuse d'étudiants 2^e année mais avez-vous eu ce cas chez un étudiant de 3^e année ?

504

505 **F1** : En IFSI oui mais sur le terrain... j'active ma mémoire..... Je n'ai pas de souvenir, en
506 IFSI mais pas sur le terrain.

507

508 **MOI** : Si je reprends les dispositifs ...Qui traite de l'erreur ... si j'ai bien compris Il y a 1 TD
509 sur la gestion des risques avec la chambre des erreurs et un TD de mise en pratique d'une
510 application d'une prescription médicale avec ou pas l'existence d'erreur donc il ne connaît pas.

511 Il n'y aurait pas une approche de l'erreur en tant que telle ?

512 Elle est chaque fois liée et accessible par le biais d'une autre thématique comme la
513 préparation de transfusion sanguine, le calcul de dose ou la chambre des erreurs.

514

515 **F1** : Non, non.

516

517 **MOI** : Est-ce que vous abordez avec le tuteur de vos terrains de stage respectifs, à l'hôpital,
518 le fait que le risque est possible qu'une erreur arrive sur le terrain ?

519

520 **F1** : Oui ça nous arrive d'en parler assez souvent et on constate que l'erreur arrive bien
521 souvent lors de la préparation du médicament.

522

523 **MOI** : Utilisez-vous des erreurs réalisées sur le terrain dans vos TD ?

524

525 **F1** : Je sais que j'ai des collègues qui le font sur la 2.11 S5, (pharmaco). Ils organisent une
526 table ronde sur l'erreur et sur l'impact qu'elle peut avoir à savoir la mort du patient. Heu heu
527 ...

528 Avant cette table ronde, la formatrice fait réfléchir les étudiants sur l'erreur lorsqu'elle arrive
529 avec le support d'un film qui relate des situations réelles d'erreur avec des suites graves.

530 Ensuite il y a une table ronde avec notre intervenante en législation, la pharmacienne de
531 l'hôpital, le formateur de l'UE et parfois on arrive à faire intervenir les intervenants en lien
532 avec le thème de l'éthique, je pense à un philosophe qui peut parfois être là à la Table Ronde.

533 La réflexion est sous plusieurs domaines, toujours en étant pas dans le jugement, Même si le
534 jugement a eu lieu dans ces situations filmées ; ils ont connaissance du jugement et des
535 sanctions. On est là pour réfléchir autour du rôle de tout ça mais pas pour juger, qu'est-ce que
536 ça nous fait et comment ça nous prépare. J'ai assisté une fois.

537

538 **MOI** : Il y a combien d'étudiants autour de cette table ronde ?

539 **F1** : C'est un grand groupe toutefois le questionnement des étudiants ont été transmis aux
540 différents intervenants pharmacien, légiste et philosophe.

541 Alors c'est vrai c'est plus une discussion ; le mot est fort pour « table ronde » quand il y a 70
542 étudiants dans une salle mais l'écoute était présente et poignante. Par rapport à d'autres cours
543 ou le brouhaha s'installe assez vite.

544

545 **MOI** : Quand vous dites ça questionne comment ça nous prépare, c'est-à-dire ça prépare les
546 ESI j'imagine ...à quoi exactement ?

547

548 **F1** : À toute la responsabilité. Je dirais oui que tous les étudiants de 3e année et même de fin
549 de 2e année en suivi c'est là où ils commencent à dire, où ils commencent à identifier toute la
550 responsabilité. En 3e année, C'est très présent.

551

552 **MOI** : Si je reprends ce que vous disiez précédemment que pour parler de son erreur il y a des
553 moments "pour" alors est-ce que ce moment-là serait le moment choisi pour pouvoir en parler
554 en semestre 5 ?

555

556 **F1** : En semestre 5 les étudiants ont de l'expérience et font preuve de réflexivité.
557 L'intervenante en législation qui les rencontre en première année et les revoit en fin de 3e
558 année, elle nous dit que dans leur discussion, leur réflexion, leur question, je mesure tout le
559 chemin parcouru. en sachant que la responsabilité est traitée en première année mais ...bouh ...
560 ça leur passe un peu au-dessus. Et en plus ce sont des cours magistraux qui sont non
561 obligatoires donc pas forcément suivis par tous les étudiants.

562 Elle nous renvoie qu'ils ont cette prise de conscience de la responsabilité, oui.

563

564 **MOI** : Cette personne est un juriste ?

565

566 **F1** : C'est une enseignante à l'université qui est proche de notre institut. On a cette chance.

567

568 **MOI** : J'en ai perçu que votre accompagnement était beaucoup centré autour de l'écriture.

569

570 **F1** : Oui effectivement car écrire c'est pas facile et qui dit « écrire » ...dit « lecture » de la
571 personne qui reçoit, c'est un peu une correspondance qui demande de la disponibilité...

572 Et à partir de leurs écrits il y a tellement de choses à leur faire décortiquerje m'autorise
573 ça facilement en leur demandant seulement 1 page Word en 1ere ANNEE et ils finissent par
574 écrire ...en fin de 3e année.... 8 à 10 pages d'analyse sur eux, ce dont j'ai parlé
575 précédemment. Et bien voilà je suis contente pour eux et ils sont fiers.

576 Mais ça demande 3 années, on ne peut pas leur demander ça au début de formation.

577

578 **MOI** : Vous les accompagnez sur les 3 ans ?

579

580 **F1** : Oui tout à fait, et ça leur parle et ça le permet dans le sens où ce qui n'est pas possible à
581 un moment donné le sera.... peut-être... l'année d'après. On ne peut pas leur demander d'être
582 tous au même endroit au même moment.

583 Oui et cette correspondance se fait par la messagerie professionnelle et c'est la limite que je
584 me donne.

585 Après la correspondance peut se faire via le téléphone pour pouvoir les appeler rapidement
586 dans certaines situations mais ça m'arrive qu'en 3e année quand ils sont en stage loin... et
587 qu'ils ont besoin d'une guidance, de les accompagner via le téléphone en correspondance
588 direct.

589

590 **MOI** : avec votre téléphone professionnel ?

591

592 **F1** : Non, avec mon téléphone personnel et c'est là que je déborde un peu, mais c'est parce
593 qu'ils sont en 3e année et parce qu'ils sont loin en stage, et parce que je me suis engagée moi
594 dans leur accompagnement de leur TFE.

595 Oui parce que dans leur demande de nous..... et aussi on leur dit ce qu'on attend d'eux certes,
596 mais on leur dit aussi sur quoi on s'engage également.

597

598 **MOI** : Si je comprends, il y a un contrat d'engagement entre vous et l'étudiant ?

599

600 **F1** : Oui, surtout au niveau du TFE et des analyses de la pratique 5 et 6. En fin de 3e Année
601 en fonction des étudiants, il m'arrive parfois de communiquer via le portable, Ça reste à la
602 marge.

603 Je vais vous donner le mail de l'étudiant qui réalise un TFE sur l'erreur médicamenteuse
604 qu'elle a réalisée, elle est d'accord d'échanger avec vous. C'est un sujet intéressant car les

605 formateurs sont assez vite dans le dépassement, qu'est-ce qui se passe pour l'apprenant et
606 surtout comment on l'accompagne car le traumatisme il a lieu. L'erreur doit être aidante.
607 Etre authentique avec eux en s'exposant, peut-être, sur le fait que nous aussi on a pu
608 commettre une erreur dans notre parcours. Ils se sentent moins seuls, tout en gardant le cadre.
609 Lors de l'erreur ce n'est pas un accompagnement facile car on n'est pas préparé ça chamboule
610 notre organisation, on doit s'y préparer. Ce n'est pas un moment facile. C'est une déception,
611 pour un étudiant qui va bien et qui fait une erreur.

ANNEXE 2

ENTRETIEN FORMATEUR 2

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33

MOI : Je vous présente mon sujet de mémoire qui est l'erreur d'administration médicamenteuse de la part d'un étudiant en troisième année à l'hôpital. L'erreur m'intéresse parce que l'erreur est humaine et comme l'on exerce un métier de l'humain l'erreur est possible. Je me demande si cette erreur peut être évitée au maximum à partir de dispositifs pédagogiques, si elle a sa place en didactique dans votre institut de formation infirmière. Que faites-vous, en tant que formatrice, dans l'accompagnement d'un étudiant en troisième année qui aurait commis une erreur à l'hôpital ?

F2 : Alors heu Dans le cadre d'une erreur, d'abord il faut qu'on sache qu'il a fait une erreur.

Soit on le sait par une cadre qui appelle, soit on le sait parce que la formatrice va sur le terrain de stage, et bien à ce moment-là c'est abordé. Ce n'est pas forcément la formatrice référent de l'étudiant qui le sait en premier..... ça peut être la formatrice référente du lieu de stage qui se déplace à l'occasion d'encadrement formatif dans le cadre du tutorat.

Soit c'est l'étudiant qui appelle directement sa formatrice référente pour le prévenir qu'il a fait une erreur, parce qu'il est en panique et qu'il a fait une erreur.

Soit on ne sait pas ou on le sait longtemps après, à l'occasion d'un TD où c'est parce qu'on aborde ça dans un cours, et là d'un seul coup on a une étudiante qui dit "et ben oui moi j'ai fait une erreur".

Et après il va y avoir tout ce qui va sortir des analyses de situation, c'est-à-dire qu'ils ont une analyse de situation et euh ... Alors des fois il y a des thèmes alors comme ça ne correspond pas au thème il n'a mais il n'a même pas cette analyse de pratique sur l'erreur. Des fois même s'il y a un thème ils ont envie de parler de cette analyse de l'erreur donc Ils vont la glisser dans leur analyse de situation.

MOI : Qu'entendez-vous par thème, est-ce imposé ?

F2 : Oui ce sont des thèmes qui sont imposés et ils sont en lien avec les UI du semestre pour donner du sens à l'ensemble du semestre.

34 **MOI** : Donc, si je comprends bien le sens donné à ce dispositif à l'erreur serait donc abordé
35 en 3e année en semestre 5 ?

36 **F2** : Oui c'est ça dans le cadre de la compétence 4, oui et on a aussi, heu, moi je suis des 3è
37 annéeon les suit sur les 3 années, on suit une promo de la première à la troisième année
38 Le thème de l'AP : Il fallait qu'ils comparent leurs pratiques aux bonnes pratiques. dans l'idée
39 qu'il fallait qu'ils comparent la marge de progression qu'ils avaient encore à travailler.

40

41 **MOI** : Et comment ça se passe lorsque un étudiant vous présente une erreur d'administration
42 médicamenteuse lors de cette analyse de pratique vous pouvez me situer le contexte si c'est en
43 groupe ?

44

45 **F2** : Non, ça nous arrive de les faire en groupe mais généralement c'est en suivi individuel les
46 analyses de situation. On travaille que une ou deux en groupe et sinon on les travaille
47 beaucoup en individuel avec les étudiants.

48 Alors après ça peut sortir en groupe parce que moi je travaille sur l'erreur médicamenteuse
49 avec les étudiants de 3A dans l'UE 2.11 en TD (pharmaco) De façon collective donc là
50 l'erreur elle ressort et là.... j'ai à le traiter collectivement... Mais ça peut arriver que l'erreur
51 soit évoquée à un moment où on fait des retours de stage, à l'IFSI.

52

53 **MOI** : D'accord et alors vous me dites que vous traitez l'erreur médicamenteuse ?

54

55 **F2** : Oui on la traite nous, ben moi j'ai deux interventions sur l'erreur médicamenteuse.

56

57 **MOI** : Alors expliquez-moi comment ça se passe, comment vous y prenez, qu'est-ce que vous
58 faites ?

59

60 **F2** : Ce sont deux interventions qui sont vraiment intitulées erreurs médicamenteuses.

61

62 **MOI** : Excusez-moi, pouvez-vous me préciser dans quelles UE vous intervenez ?

63

64 **F2** : À la fois sur la 2.11 S5 et sur la 4.4 S5.

65 Alors dans un premier temps je leur donne des erreurs et on essaie de retrouver ce qui s'est
66 passé comme je leur dis souvent on joue à Sherlock Holmes avec l'idée de comprendre ce qui
67 s'est passé pourquoi il y a une erreur, Et qu'est-ce qu'on fait parce que je leur dis toujours

68 l'erreur est humaine, Je connais peu de professionnel qui n'ont pas fait d'erreur dans leur
69 carrière, je leur dis toujours l'important c'est le patient, J'ai fait une erreur d'abord il faut la
70 reconnaître parce qu'on s'en aperçoit pas forcément : Là c'est une erreur et la priorité tout de
71 suite c'est le patient, mettre en sécurité le patient, et après comment on fait pour ne pas que
72 l'erreur se reproduise.

73

74 **MOI** : Alors si je reprends depuis le départ du dispositif quand vous leur dites « on leur donne
75 une erreur » Qu'est-ce que ça veut dire ? Comment ça se passe ?

76

77 **F2** : Alors c'est un groupe de TD en cours en groupe de TD de 20 à 25 étudiants, heu, je
78 prends des erreurs, ce sont des erreurs réelles. Des erreurs qu'on a connues en tant que
79 professionnel qu'on a vu dans les services, j'en avais recensé quelques-unes comme ça.

80

81 **MOI** : Erreur d'étudiants ?

82

83 **F2** : Non de professionnels, Est-ce que je faisen faitau début je ne travaillais que sur
84 ces erreurs-là et depuis 2 ans que je fais ce TD, je leur donne deux exemples d'erreurs que je
85 connais bien, et à ce moment-là je leur demande de décrire anonymement sur un papier, une
86 erreur qu'ils ont vue, faite, ou entendue.

87

88 **MOI** : Pas forcément la leur ?

89

90 **F2**: Pas forcément la leur, en sachant que souvent ils ramènent la leur quand même mais bon,
91 pour les... heu... car c'est difficile d'admettre son erreur, il y a quand même cette particularité
92 la quoi.

93

94 **MOI**: Que ça soit difficile d'admettre l'erreur, c'est quelque chose que vous ressentez ou que
95 l'étudiant verbalise ouvertement vous ?

96

97 **F2** : Alors je le ressens parce que à partir du moment où quelqu'un vous dit j'ai fait une erreur
98 et raconte son histoire, on est dans une émotion qui parfois un an après est toujours aussi vive
99 A un moment, ils ont dit l'erreur en service, Mais, heu,....on sent que c'est tellement difficile.
100 Je trouve que peut-être qu'ils osent, enfin quand on aborde l'erreur, c'est pas choquant pour
101 eux.

102 Ça les gêne pas d'aborder ça. Pour eux c'est évident : on a fait une erreur, on la reconnaît, on
103 appelle.

104 Ce que j'essaie aussi de leur faire prendre conscience c'est qu'il y a d'autres facteurs qui font
105 que peut-être ...mon erreur je ne vais pas la reconnaître.

106 Parce que je sais qu'il faut que j'appelle untel... parce que je sais que j'ai déjà fait une erreur.
107 Je sais que je suis nouvelle D'accord on m'excuse mais pendant combien de temps on va
108 m'excuser.

109 Heu, voilà, ...On essaie aussi de prendre conscience que ce qui leur paraît être si facile ça va
110 leur demander à un moment donné de prendre sur soi et qu'il y a un intérêt à affronter ça parce
111 que évidemment ça évite que l'erreur se reproduise. Ça évite des conséquences graves au
112 patient.

113 On essaie de réfléchir à la fois comment on fait mais aussi qu'est-ce qui peut parasiter notre
114 façon d'aborder l'erreur ; que pour eux c'est évident quand on a fait une erreur ou le dit et puis
115 voilà...

116

117 **MOI** : Peut-on revenir au TD ? Oui ce sont des groupes de 20 étudiants ? Imaginons que
118 j'aurais à vous remplacer sur ce TD comment pourriez-vous m'expliquer son déroulement son
119 dispositif ? Dans le détail.

120

121 **F2** : Ok dans le détail. Donc moi, déjà, je demande aux étudiants d'être partie prenante.

122 Je dis qu'on doit être prêt à en discuter que tout le monde s'écoute que ça peut être un petit
123 peu difficile et donc je leur demande de l'attention et que ça peut apporter à tout le monde.
124 Ensuite, je leur donne une première situation, donc moi j'ai déjà prévu mes petites situations.

125

126 **MOI** : Vous donnez la situation sur papier ?

127

128 **F2** : Non je les écris au tableau, S'il y a une prescription je l'inscris au tableau, je le fais à la
129 fois à l'oral et sur le tableau comme par exemple

130 Si on réfléchit sur une situation de quelqu'un qui a eu un traitement du soir à la place du midi.
131 On met toute la prescription au tableau et on essaie de voir est-ce qu'on redonne le traitement,
132 est-ce qu'on le donne pas ? Qu'est ce qui pose problème ? Le but est de faire toute une
133 analyse du traitement.

134 Donc on échange beaucoup à l'oral et ce que je leur demande surtout c'est de se poser des
135 questions, je leur dis qu'est-ce que vous feriez dans cette situation-là qu'est-ce que vous
136 comprenez de cette situation et maintenant ...vous... il faut décider.

137 Voilà ça c'est un peu ma phrase type : je leur dit vous devez décider vous êtes infirmier qu'est-
138 ce que vous et vis à vis de vos collègues ?

139

140 **MOI** : Vous interrogez donc le raisonnement clinique de l'étudiant?

141

142 **F2** : Ouais.

143

144 **MOI** : Donc si je reprends quand vous présentez cette situation vous présentez sur le tableau
145 la prescription médicale... s'il y en a une et ensuite vous racontez la situation du patient à
146 l'oral, et ce qu'a fait le professionnel dans cette situation, vous dites qu'elle a inversé les
147 traitements ?

148

149 **F2** : Non, je ne leur dis pas comme ça, je les mets dans une vraie situation c'est-à-dire que je
150 leur dis: "voilà vous avez distribué tous les traitements, vous arrivez dans votre salle de soins
151 et vous apercevez qu'il vous reste dans le casier le traitement du matin alors que la case du
152 midi est vide. Et là vous faites quoi ? Voilà. Je leur dis jamais l'erreur je leur dis juste voilà
153 vous êtes face à ça.

154

155 **MOI** : Vous dressez un constat ?

156

157 **F2** : Oui voilà c'est un constat. Donc vraiment dans une situation professionnelleC'est-à-
158 dire je ne sais pas ce qui s'est passé je leur donne pas d'autre indication comme si ça venait de
159 leur arriver. Qu'ils viennent de constater l'erreur enfin que quelque chose ne va pas.

160

161 **MOI** : Donc ensuite ... que faites vous ? Vous questionnez la réflexivité le raisonnement et
162 après ? Chacun travaille pour soi ? y a-t-il des échanges entre eux pour répondre à la
163 question ?

164

165 **F2** : On travaille ensemble on fait le TD en direct. Il y a rien d'écrit on est juste dans de l'oral,
166 Et voilà on s'interroge les uns les autres, ils font des suppositions ,....heu

167 Et en fait ce qui est très intéressant c'est que ils se répondent et moi j'interviens très peu, je
168 questionne ou je leur montre je mets le doigt sur quelque chose en leur disant" ah bon vous
169 pensez que ça c'est possible"?"

170 Et des fois je leur fais simuler : Par exemple l'autre fois Il y a une situation où c'est un
171 monsieur qui a une injection à domicileUne injection retard.....et en fait l'IDE s'aperçoit
172 que l'injection a été faite quelques jours auparavant. Et elle devait être faite au bout d'un mois
173 ; donc en fait on ne s'est pas si le patient l'a eue deux fois...

174 Et donc dans le raisonnement ils se disent est-ce qu'elle a été faite ? Et du coup ils doivent
175 demander à leur collègue si elle a été faite Donc ils doivent appeler leur collègue.

176 Donc moi je me mets à l'autre bout du fil je leur dis «ok vous appelez votre collègue alors
177 comment vous parlez qu'est-ce que vous me dites » ?

178 Comment vous me le demandezest-ce que votre question est assez précise pour qu'on
179 parle bien de la même chose est-ce que vous m'accusez de mal faire mon boulot?

180 On décortique toute la situation.... voilà... dans tous ses aspects,

181 Est-ce que je dis au patient qu'il y a une erreur comment je lui dis ?

182 Ça c'est vraiment difficile parce que si je prends la situation de ce patient qui peut être
183 vraiment délirant..... je leur demande s'ils ont envie de lui dire..... Donc là ça échange
184 beaucoup entre eux

185

186 **MOI** : D'accord, et ça dure à peu près combien de temps ce TD ?

187

188 **F2** : 2h. Nos TD durent toujours 2h.

189

190 **MOI** : Donc si j'ai bien compris ça c'est le premier TD ?

191

192 **F2** : Oui c'est ça et après ils présentent leur situation à eux. Au début on fait sur les situations
193 que je propose soit à peu près 1h et deuxième heure je leur demande de me proposer des
194 petites situations de façon anonyme. Puis on continue le TD avec leur propre situation.

195

196 **MOI** : D'accord.

197

198 **F2** : Je récupère toutes les situations sur les petits morceaux de papier et j'en tire au sort.

199 Je lis ce qu'il y a écrit et si la personne a envie, elle complète... Voilà si c'est un peu juste
200 pour travailler dessus..... Je redemande quelques précisions.

201 **MOI** : Et vous leur en avez parlé.. avant... de l'organisation de ce TD ?
202
203 **F2** : Oui je leur explique qu'ils devront rapporter des situations.
204
205 **MOI**: Et chaque étudiant apporte une situation ?
206
207 **F2** : Oui ils apportent tous des situations sauf qu'en moyenne je remarque qu'il y a trois ou
208 quatre étudiants qui bloquent.
209
210 **MOI** : Qu'entendez-vous par ils bloquent ?
211
212 **F2** : Ils n'écrivent pas parce qu'ils n'ont pas de situation où ils ne voient pas...
213
214 **MOI** : Est-ce la véritable raison ?
215
216 **F2** : Non je sais pas.....Mais je les oblige à trouver quelque chose alors parfois ils copient sur
217 la voisine.
218 Ma visée ... c'est aussi de voir quelle problématique il peut exister dans les services.Donc on
219 reste dans quelque chose d'actuel. L'idée c'est que quand nous on n'a pas été dans les services
220 depuis longtemps on veut voirquelles sont les problématiques.
221 C'est Intéressant parce qu'en leur demandant leur situation je m'étais aperçu qu'une erreur qui
222 est très fréquente... c'est le stylo à insuline.
223 Le mélange des stylos à insuline entre la rapide et la lente ...Et ben du coup quand la
224 pharmacienne est venu pour un cours sur le circuit du médicament..... En 3e année aussi, on
225 en a parlé.... c'est là qu'on s'est rendu compte que c'est une erreur qui remontait pas beaucoup
226 des services.
227 Je me suis rendu compte que quand j'ai la moitié des étudiants me la donne et bien ça donne
228 un sens ...ça donne une réalité quand c'est eux qui amènent les situations.
229
230 **MOI** : Et pourquoi ne les déclarent-ils pas sur le terrain ces erreurs d'administration d'insuline
231 ?
232 **F2** : Je sais pas s'ils ne les déclarent pas facilement parce qu'il y a des fois des situations où ils
233 les expliquent.

234 L'autre fois j'ai une étudiante qui a donné cette situation et c'était vraiment très intéressant .Sa
235 situation n'était pas prévue ... j'ai l'ai tiré au sort et c'est tombé sur elle,

236 Donc on décortique la situation et en fait elle depuis l'année dernière elle se demandait où
237 était son erreur. Elle n'arrivait pas à comprendre où était l'erreur.

238 Ensuite en décortiquant la situation tous ensemble on a retrouvé quelle n'était pas responsable
239 de l'erreur Et que c'était certainement l'infirmière qui avait fait l'erreur. Depuis le début elle
240 portait une erreur qui n'était pas la sienne. Et en plus elle était d'autant plus perturbée qu'elle
241 ne voyait pas où elle avait fait son erreur.

242 Donc, ça l'angoissait vraiment et c'est en décortiquant tous ensemble, on a retrouvé où l'erreur
243 avait pu se produire et qu'en fait elle n'en était pas responsable.

244

245 **MOI** : Est-ce que c'était elle qui s'était rendu responsable ?

246

247 **F2** : Non en fait c'est l'infirmière qui lui avait dit qu'elle avait fait une erreur.

248

249 **MOI** : Quand vous dites on décortique la situation je vais rentrer un peu plus dans le
250 dispositif ; Donc ça se fait à l'oral, j'ai bien compris que les étudiants devaient se questionner,
251 trouver les bonnes questions.

252 Vous partez donc d'une situation réelle et vous essayez de soulever d'autres points comme les
253 verrousQuand vous dites décortiquées comment menez-vous cette façon de décortiquer

254

255 **F2** : Ça dépend ce qu'ils amènent parce que moi ...des fois je m'aperçois que j'ai les mêmes
256 situations sur trois groupes parce que je fais 3 fois le même TD.... et tous ne se posent pas les
257 mêmes questions.

258 Moi je m'adapte aux questions qu'ils posent.... en fait, euh.... qu'ils cherchent. Moi je les
259 interroge sur la faisabilité de leur proposition.

260 Est-ce que c'est vraiment comme ça ? Est-ce que vous pensez vraiment que ça c'est possible?
261 Et si c'est possible pourquoi ? Ils décrivent chacun des éléments dans cette situation.

262

263 **MOI** : Et vous ? Vous attendez les verrous ? Est-ce que vous les questionner ces verrous de
264 sécurité par rapport à l'administration médicamenteuse ?

265

266 **F2** : Par rapport à l'administration médicamenteuse ? Dans ces situations là..... heu c'est
267 plus.....heu.....Dans l'idée de comprendre.. heu... je sais pas heu....Le principal sur lequel
268 j'insiste c'est quand on a un doute ...On arrête.

269 Je leur dis toujours vous avez un petit gyrophare au-dessus de la tête qui clignote c'est qu'il
270 faut s'arrêter.

271 Prêt à chaque fois, après l'erreur, On n'est plus....heu... on n'est sur des erreurs. Non je ne sais
272 pas par rapport au verrou sur lequel j'insisterais vraiment.

273

274 **MOI** : Ça pourrait être la vérification de la prescription médicale par exemple.

275

276 **F2** : Ah oui, oui, oui, bien sûr, On remonte l'erreur...Donc à quel moment quelque chose
277 n'aurait pas été fait, Ou alors à l'inverse si on a une décision à prendre, heu

278 Par exemple on le fait sur un cas, exemple il nous manque des médicaments dans l'armoire à
279 pharmacie.....Mais Monsieur Untel a ramené des médicaments de chez lui qu'on a en stock et
280 qu'on devait renvoyer. Du coup est-ce qu'on les utilise ou pas ?

281 Du coup on énumère toutes les sécurités qu'on devrait mettre en place, même si on part du
282 principe qu'on ne devrait pas les utiliser mais on dit aussi qu'il y a des situations
283 exceptionnelles (loin d'une pharmacie et quand on sait qu'on peut déranger 10 personnes pour
284 ces médicaments alors qu'on sait que les antibiotiques du patient sont à côté de nous).

285 Voilà par rapport à la réalité, ce que je cherche beaucoup c'est la réalité du terrain, parce que
286 dans le réel ça se passe comme ça.

287 Nous à l'IFSI si on peut dire faut pas faire comme ça..... Mais en même temps dans le réel il
288 se retrouve dans des situations..... Ou bien sûr tout existe, on a tout verrouillé on sait bien ce
289 qu'il ne faut pas faire.

290 Mais dans la réalité j'appelle pas la pharmacie parce que le pharmacien fait que de
291 m'engueuler, parce qu'il trouve que je fais mal mes commandes et il est toujours dans le
292 reproche.

293 Du coup je me dis que ces antibiotiques ils sont à côté de moi pourquoi j'irai déranger 10
294 personnes..... non..... Donc je me dis si je fais quelque chose comme ça comment je peux le
295 sécuriser ?

296

297 **MOI** : Donc si j'ai bien compris l'approche de l'erreur en didactique tient compte de la réalité
298 du terrain et des verrous qu'ils doivent connaître et mettre en application en fonction de cette
299 réalité de terrain qui doivent analyser.

300 Qu'attendez-vous des étudiants dans l'énoncé des verrous ? la PM, le nom ?

301

302 **F2** : Ben oui tout ce qui est prescription médicale le nom, heu heu.....

303 je sais pas moi

304

305 **MOI** : Est-ce compris dans les bonnes pratiques que vous énoncez précédemment ?

306

307 **F2** : Oui c'est ça en fait on leur demande de mobiliser tout ce qu'ils ont appris en législation,

308 par exemple comment vérifier l'intégrité d'un produit, la conformité d'une ordonnance, Moi je

309 vérifie les dates de péremption ? Enfin voilà..... On va retravailler tout ça.

310

311 **MOI** : Donc lors de cette idée sur l'erreur vous mobiliser « le déjà là » et « l'absence de déjà

312 là »

313

314 **F2** : Oui c'est ça, voir si c'est là ou pas.

315

316 **MOI** : Quelles UE vous mobilisez ?

317

318 **F2** : La 2.11 S1 et 2.11 S5 et la de 2.11 S3.....les ESI Réfléchissent aussi à....

319 Est-ce que ce traitement est indispensable ? Est-ce que je suis à la fin de la prescription ? Est-

320 ce que c'est le dernier jour que la personne doit prendre des antibiotiques par exemple ?

321 Et je les questionne sur leurs connaissances en termes de classe thérapeutique, les effets

322 indésirables des médicaments.

323 Le circuit médicamenteux, car ça c'est pareil, où je vais chercher le traitement, d'où il vient ?

324 On s'aperçoit que des 3^e année au bout de 10 semaines de stage sont incapables de dire s'il y a

325 un pharmacien de garde dans l'établissement. Et si j'ai une erreur se questionner. Savoir si je

326 sais où est le chariot d'urgence. On balaie pas mal de choses.

327

328 **MOI** : Posez-vous un contexte particulier dans les situations ?

329

330 **F2** : Alors oui..... on fait beaucoup le contexte je suis une infirmière toute seul dans le

331 service et je dois décider,c'est l'idée, c'est vraiment dans l'idée d'être dans une situation

332 où je dois décider de quelque chose à cet instant sans pouvoir faire appel à un ami ,Bien sûr

333 qu'on peut faire appel à un ami et on peut le faire mais c'est dans l'idée de décider quelque
334 chose à l'instant T qu'est-ce que je fais ?

335 Sur quoi repose ma décision? Je fais référence à quoi ? Il faut que je décide quelque chose car
336 je ne peux pas rester comme ça.

337

338 **MOI** : A la fin de ce TD quelles sont les réactions des étudiants ?

339

340 **F2** : Ils aiment beaucoup ce TD, dans la mesure où c'est très réaliste justement.

341 On le fait, heu.....A leur retour de stage de 3e année donc ils ont fait 10 semaines de stage en
342 S5. et on fait ce TD à le sur quoi repose ma décision ? je fais référence à quoi ? Il faut que je
343 décide quelque chose car je ne peux pas rester comme ça.

344 Sur retour, parce que ils sont encore dedans, on leur a donné des exemples concrets et on leur
345 a donné un peu plus de responsabilités. Ce qu'ils apprécient dans ce TD c'est ce côté réaliste et
346 aussi ce qu'il n'envisage pas dans les situations Et ils s'aperçoivent que les infirmières qui les
347 encadrent gèrent beaucoup de situation Notamment si ils ont commis une erreur dans leur
348 situation ils se rendent compte que c'est l'infirmière qui va la gérer Et là ça leur demande à
349 eux de réfléchir à leur propreheu.....

350

351 **MOI** : Est-ce qu'au cours de ce TD les étudiants soulèvent des difficultés particulières en lien
352 avec cette erreur médicamenteuse? Par exemple est-ce qu'il soulève des problèmes de blocage
353 face à des difficultés de calculer les doses ?

354

355 **F2** : Non, on s'aperçoit que ce qui les bloque le plus souvent alors ça c'est moi qui le constate
356 c'est pas eux qui le disent.

357 Très souvent dans ce qu'ils décrivent on n'est davantage sur des erreurs de prescription, que de
358 calcul. C'est pas de calculer qui leur pose problème parce qu'il y a des sécurités mises en place
359 dans les services, il y a des outils dans les services où les calculs sont déjà fait, mais souvent
360 c'est pas ça, c'est la prescription qu'ils n'ont pas lue ou pas comprise.

361 Là on s'est posé la question, On a essayé de revoir dans leurs objectifs de stage..... Les erreurs
362 de logiciel...on s'est aperçu..... enfin comment je pourrais dire.... Ils disent que le DPI n'est
363 pas le même partout. Ça leur demande de s'adapter au logiciel.

364 Et nous on a renforcé. Quand on va voir les étudiants en stage, la question qu'on leur pose
365 c'est est-ce que vous utilisez le logiciel et pas seulement pour valider et pas seulement pour
366 lire, est-ce que vous savez vraiment l'utiliser ?

367 Parce-que d'où elle part la prescription? Voilà on lit la prescription mais elle vient d'où et des
368 fois il y a des petites notes clinique ? Est-ce que vraiment ils ont regardé comment c'était
369 prescrit ?

370

371 **MOI** : Est-ce que la prescription écrite trois fois par jour leur pose problème?

372

373 **F2** : oui les modalités de prescription particulière qui renvoient d'un logiciel à un autre, après
374 l'idée c'est qu'il y a les différents logiciels et il n'y a pas d'uniformité dans nos établissements
375 publics ne serait-ce que pour que tout le monde ait les mêmes modalités de prescription
376 informatique

377 Le problème c'est que l'erreur, ça dans les verrous c'est ce que je leur dis, Attention c'est parce
378 que c'est l'informatique qu'on pense que il n'est pas soumis à l'erreur Mais si les données à
379 l'entrée sont fausses forcément qu'à la sortie il y aura une erreur.

380 Et ça c'est souvent ...heu la précaution d'avoir bien compris Et de ne pas faire confiance à
381 l'informatique.

382

383 **MOI** : Si on part du principe qu'ils ne doivent pas faire confiance totalement à l'informatique
384 alors comment ils doivent s'y prendre, vous les engagez à faire quoi?

385

386 **F2** : Du coup ça fait appel à leurs connaissances en regardant un traitement se demander si
387 c'est possible, mais ça ça fait appel à leurs connaissances -

388 Un moment faut se dire si ce patient il a 100 gouttes de tercian au lieu de 10, je dois
389 m'interpeller est-ce que c'est normal que ce patient de 90 ans 100 gouttes de tercian au lieu de
390 10 ?

391 Alors là pour le coup ça fait appel ou connaissances, aux capacités de s'interroger, c'est de
392 l'analyse de prescription, pour le coup c'est ce qu'on fait en 3e année

393 Que je suis capable de regarder une prescription et de me dire c'est adapté ou pas Ça fait
394 partie des compétences infirmières être capable d'analyser sa prescription, c'est prendre
395 conscience de ça aussi

396 Et aussi la responsabilité, car l'infirmière prépare des médicaments qu'elle ne donne plus, on
397 aborde ça aussi car il y a beaucoup d'endroits maintenant où ce sont des AMP des éduc qui
398 donnent les médicaments, c'est pas une infirmière

399 Et maintenant il y a aussi les préparations des médicaments faites en pharmacie, et tout ça
400 change l'abord de l'erreur, c'est-à-dire que là d'un seul coup ils sont dépossédés de

401 l'administration ils sont dépossédé de la préparation et en même temps ils en ont toujours la
402 responsabilité

403 Et puis comment trouver qui est responsable d'une erreur au milieu de tout ça ?

404

405 **MOI** : Pose la question de la délégation ?

406

407 **F2** : Oui parce que à l'hôpital il peut arriver que les aides-soignantes donnent des
408 médicaments alors que cette fonction-là ne doit se faire qu'en milieu de vie, Où là ils sont
409 autorisés à donner un médicament déjà préparé par l'infirmière est posé sur la table.

410

411 **MOI** : Donc vous tenez compte des évolutions aussi des conditions de travail au sein des
412 services ?

413

414 **F2** : On en parle souvent entre collègues, moi je pense que c'est important de les préparer
415 à.....Et au début du TD je leur dis aussi vous allez sortir ça va aller vite, et vous allez être
416 dans des endroits que vous ne connaissez pas du coup je dis toujours j'essaie de vous faire
417 gagner du temps et de..... parce que voilà..... Il faut vous poser des questions même si tout
418 va vite.

419 C'est plus comme ça: on va essayer de se questionner, quelle question je me pose? Quand je
420 suis face à ça.

421

422 **MOI** : Donc si je comprends bien vous questionner cette posture en 3e année ?

423

424 **F2**: Oui parce que c'est pas un TD qu'on peut faire avant Il faut qu'il se sente prêt, il faut un
425 socle de connaissance Et d'expérience, et là Comment ça se poser les vraies questions, ils sont
426 prêt à sortir, ils peuvent plus se projeter.

427

428 **MOI** : Est-ce que ce dispositif serait envisageable en première année en deuxième année ?

429

430 **F2** : Ça se fait en.....heu..... on en parle en 2e année..... enfin moi je l'ai fait en 1 ere
431 Année, Et bien quand même on parle des formes médicamenteuses, On essaie d'expliquer un
432 peu que les erreurs sont possibles, Là on apporte peut-être plus des exemples de nous - - -
433 c'est-à-dire si on dit de vérifier une date de péremption et bien pourquoi ?

434 Et s'il ne trouve pas la date de péremption c'est pas toujours facile des fois on la met sur notre
435 blouse pour voir à travers, ils ne peuvent pas le deviner , heuC'est plus un apport de
436 nous, Ils peuvent donner des exemples mais c'est pas le même registre c'est plus au fond à se
437 demander à quoi ça sert ,Voilà en première année vous avez plus de connaissances théoriques
438 pour savoir à quoi ça sert ,Si j'apprends tout ça sur les médicaments et bien c'est pour savoir à
439 quoi ça sert

440 C'est se dire que c'est une grosse partie de mon travail et et en plus je risque de faire des
441 erreurs voilà pourquoi on apprend ça

442

443 **MOI** : Est-ce que ce dispositif de TD est lisible dans les UE est-ce que dans le projet
444 pédagogique l'étudiant peut lire Les visées du TD?

445

446 **F2** : Non pas à l'intérieur des UE, ils ont que le référentiel, le projet pédagogique ce n'est pas
447 si détaillé que ça

448 J'ai un autre TD que je fais aussi, je vais vous montrer

449 J'ai acheté il y a quelques années maintenant, ça vient de l'AP-HP, C'est un film qui s'appelle”
450 que reste-t-il de nos erreurs”?

451 Sont des erreurs qui avaient eu lieu dans des services de pédiatrie, un film qui a été fait par
452 Nils Tavernier, Qui sont des erreurs médicamenteuses faites par des infirmières, et en fait il a
453 interrogé les parents dont les enfants ont été victimes. Ça fait 4 à 5 ans que je l'utilise

454 Heu.....Il y a 3 situations on va du moins grave au plus grave puisque la dernière il y a décès
455 de la jeune fille de 14 ans. On regarde ensemble les trois scènes, ça dépend des années, et
456 ensuite on échange

457 C'est plus un débat sur..... comment..... est-ce que j'assume mon erreur, c'est ça derrière....

458 Les parents expliquent aussi, comment on pourrait dire..... Je trouve que le point de vue
459 des parents amènent il y a pas eu de condamnation dans aucune des situations. Par contre

460 il y a la parole des parents qui dit : On m'a pas dit, on m'a pas dit l'erreur on sait qu'il y a eu
461 des chances de changer mais on ne nous en a pas parlé , et la dernière dame qui est assez

462 impressionnante et qui dit ... qu'elle a été présente dans tout le processus et qu'elle sait ce
463 qui s'est passé, On a toujours prévenu.....mais il dit aussi « Est-ce qu'on doit mentir à la

464 patiente ou pas ? Et elle devait mentir à sa propre fille. Elle savait qu'il y avait eu une erreur,
465 elle savait qu'elle allait mourir mais du coup est-ce qu'on lui dit avant de mourir qu'il y a une

466 erreur parce que du coup il y avait quelque chose d'injuste

467 Donc là c'est assez fort

468 **MOI** : Questionne donc la responsabilité et la reconnaissance de l'erreur ?

469

470 **F2** : oui et comment je vis avec ? Oui parce qu'il y a des témoignages d'infirmière qui disent
471 comment je vis avec mon erreur. Il y a aussi comment les autres réagissent face à l'erreur
472 produite. Il y a une situation qui montre le positionnement des collègues.

473

474 **MOI** : L'impact de l'erreur chez les étudiants ?

475

476 **F2** : Alors une fois on a une remarque,.....Qu'est-ce qui avait parlé de ça?..... je crois que
477 c'était revenu d'un directeur de soins, dans quel cadre honnêtement je m'en rappelle plus:
478 Il avait été dit le directeur de soins que ça serait bien de parler de l'erreur parce que les
479 étudiants..... enfin..... En gros les étudiants avait bien intégré le fait qu'ils avaient fait une
480 erreur, que c'était possible et du coup il avait tendance à dire quand ils avaient fait une erreur :
481 c'est pas grave

482

483 **MOI** : C'est pas grave parce qu'elle est attendue on sait qu'elle peut arriver ?

484

485 **F2** : C'est ça parce qu'on en fait, Sous le mot c'est pas grave ça veut dire c'est normal que je
486 fasse une erreur, c'est normal en gros.

487 Du coup ça l'avait ...heu... Il s'était interpellé en disant : attention, non c'est pas normal.

488

489 **MOI** : Et vous, parlez-vous de la représentation de l'erreur?

490

491 **F2** : Ah oui! moi j'en parle, Suite à ça j'ai réajusté et j'en parle.

492

493 **MOI** : dans le premier TD ?

494

495 **F2** : Oui, je le dis des fois, attention c'est.....heu..... L'idéal c'est de ne pas en faire, Du
496 coup j'ai repositionné ça : ce qui est normal c'est de ne pas faire d'erreurs
497 Mais maintenant il peut arriver pour des tas et des tas de raisons qu'il y a une erreur et si ça
498 arrive qu'est-ce que je fais ? J'ai un peu repositionné comme ça.

499

500 **MOI** : Et comment vous présentez l'erreur c'est vous qui faites un cours sur l'erreur où vous
501 partez de leur représentation ?

502 **F2** : On parle surtout de la conséquence de l'erreur, et on parle de la place du patient, de faire
503 confiance au patient.

504 Si lui il me dit c'est pas comme d'habitude, parce qu'il y a des parents qui dit ça, et il y a une
505 médecine qui dit : les parents nous l'avaient dit, et le médecin dit bien: "ils nous ont dit et on a
506 pas entendu "et et en plus à deux reprises ils ont dit" ça ne va pas" en plus c'est des parents
507 qui ont vu défiler 2 erreurs sur leurs enfants mais c'était une situation complexe. On insiste sur
508 l'écoute du patient.

509

510 **MOI** : Oui du patient et de la famille aussi ?

511

512 **F2** : C'est ce qu'on ditqu' ils connaissent leurs traitements, ils ont que ça à faire dans leur
513 lit que de nous regarder, regarder ce qu'on accroche. le premier cas c'est un gamin de 14 ans
514 qui voit bien que les poches d'alimentation sont périmées, parce que lui il est dans son lit et il
515 passe son temps à lire ce qu'il y a sur la poche, lui il a que sa poche à regarder.

516

517 **MOI** : Et quand l'erreur est déclarée, donc c'est soit l'étudiant qui vous prévient ou le cadre ?
518 Avez-vous été confrontée à l'erreur d'une étudiante de votre groupe de suivi ?

519

520 **F2** : Oui ça m'est arrivé une de mes étudiantes mais elle ne m'a rien dit. Et c'est une de mes
521 collègues qui quand elle est allée la voir qui a eu connaissance de l'erreur qui quand elle est
522 revenue elle m'en a parlé.

523

524 **MOI** : Est-ce que c'est une erreur qui a été déclaré au sein de hôpital avec une analyse de
525 pratique un rendez-vous avec pharmacienne cadre de santé.

526

527 **F2** : Euh..... honnêtement je ne sais pas, j'en sais rien je sais que le service était au courant
528 qu'ils ont revu avec elle.

529

530 **MOI** : Est-ce que dans votre centre hospitalier il existe un dispositif qui est mise en place
531 pour analyser l'erreur de l'étudiant avec en présence la pharmacienne cadre de santé
532 l'infirmière présente au moment de l'erreur il y a un rendez-vous et étudiant présente une son
533 analyse de pratique.

534

535 **F2** : Honnêtement je n'en sais rien. En Fait, on nous dit que ça a été traité dans le service mais
536 la façon dont ça a été traité dans le service on sait pas.

537

538 **MOI** : Parlez-vous de l'erreur en tant que faute ?

539

540 **F2** : Non on a on en parle pas en tant que faute, mais comme on parle de la responsabilité la
541 notion de faute peut apparaître. Est-ce que c'est de ma faute ou pas ? C'est plutôt dans ces
542 termes-là.

543

544 **MOI** : Et les risques sont traités dans quelles UE ?

545

546 **F2** : Dans la gestion des risques et la législation je pense....

547

548 **MOI** : Maintenant si je questionne plus l'accompagnement c'est-à-dire vous et
549 étudiantC'est-à-dire si un étudiant lors d'une analyse de pratique vous présente une erreur
550 d'administration médicamenteuse, est-ce que vous le préparer avant le prochain stage et
551 comment? Y a-t-il un accompagnement particulier dans cette situation de l'étudiant avant qu'il
552 reparte en stage ?

553

554 **F2** : Et bien en fait on fait un accompagnement collectif avant les départs en stage et après
555 oui..... c'est en individuel,..... on regarde ses objectifs De stage et après c'est de revoir
556 un peu..... Mais ça dépend de son type d'erreur, ça dépend de la façon dont ça s'est passé
557 et ce serait de voir ce qu'il y aurait à faire, à travailler par rapport à ça.

558

559 **MOI** : Si je reprends l'exemple du TD sur les analyses d'erreurs en collectif, avez-vous été
560 confronté, en suivi individuel, dans une situation où l'étudiant vous a présenté une analyse de
561 sa pratique en lien avec une erreur ?

562

563 **F2** : Ben sur cette étudiante là.... il en avait parlé, mais j'avoue que ça m'échappe un peu
564 parce que làeuh.....Pas si fréquent que ça on a plus de choses autour de la maltraitance
565 que ce type de choses Mais,.....heu.....non, je suis en train de réfléchir si
566 j'avais un cas particulier.....

567

568 **MOI** : est-ce que votre TD du semestre 5 sur l'erreur a un impact sur les objectifs du stage
569 S6 ?

570

571 **F2** : Oui, bien sûr on reprend certaines étapes vu en TD, on en parle.

572 Ça ouvre sur des objectifs plus précis notamment au niveau de la compétence 4 qui est attendu
573 un semestre 5. Les objectifs vont tourner autour de comment prendre en charge la prise en
574 charge médicamenteuse du patient, et jusqu'où ça va dans la compétence que je dois avoir.

575

576 **MOI** : Lors de ces moments d'accompagnement est-ce que vous les orientez sur leur posture :
577 c'est-à-dire être capable de dire je n'administre pas ce médicament parce que je n'ai pas
578 préparé.

579

580 **F2** : Alors ça on le fait dans la 4.4 S2, lors de l'apprentissage de la préparation des injections
581 et c'est là-dessus qu'il va être évalué, en situation simulée ils doivent préparer leur injection
582 faire un calcul de dose....Et du coup dans ce cadre-là par exemple on parle de la préparation à
583 l'avance, d'identifier et pour le coup-là on commence dès la première année et en même temps
584 comment enseigner l'injection parce que ça veut dire produit dedans.

585

586 **MOI** : Alors vous les engagez à se positionner à ce moment là à dire si c'est pas moi qui
587 prépare je ne fais pas ?

588

589 **F2** : Oui sauf que dans la réalité ça ne se passe pas comme ça, c'est-à-dire que dans la réalité il
590 y a des traitements qui sont préparés sur des paillasse et on échange beaucoup là-dessus
591 L'autre fois j'ai carrément un étudiant qui m'a dit : (en rapportant les mots de l'étudiant, son
592 ton s'élève comme agacée en disant ces paroles): Alors je fais quoi moi ? je prends tout ce
593 qu'elle a préparé et je mets tout à la poubelle ? Et j'en prépare un autre ?

594

595 **MOI** : On se retrouve là dans une situation où il y a un décalage entre la réalité et ce qu'ils
596 peuvent apprendre en institut.

597

598 **F2** : Oui et qu'est-ce que je réponds à ça moi ? Il sait très bien l'étudiant qu'il ne pourra pas
599 faire ça en stage en tant qu'étudiant, ne serait-ce que d'un point de vue économique.

600

601 **MOI**: Est-ce possible pour l'étudiant de se positionner dès l'arrivée de son stage en expliquant
602 ce qu'il ne pourrait pas faire par rapport à l'administration des médicaments ?

603

604 **F2**: Oui c'est ce qu'on dit comment faire pour aller rechercher en amont pour ne pas avoir à
605 faire ça. Mais après c'est ce qu'on dit en situation de TD, on leur dit : “ mais si, dans cette
606 situation-là quelqu'un a préparé.....

607 C'est vrai que des fois ils amènent des situations comme ça oui comment se positionner
608 je vois pas comment je pourrais me positionner d'où l'intérêt d'aller rechercher en amont des
609 solutions avant que ça arrive.

610

611 **MOI** : Ca questionne aussi le modèle ?

612

613 **F2** : Oui parce que le stage a raison.

614

615 **MOI** : Le stage a raison ?

616 **F2** : Ouais, Oui alors en 3e année un peu moins car ils sont davantage dans le
617 questionnement.... Pour le coup c'est ça qui est intéressant avec des 3e année, du coup je
618 m'aperçois que les deuxième année ils le font moins.

619

620 **MOI** : Est-ce que dans votre établissement à partir du moment où une erreur est déclarée il y
621 a une procédure particulière pour vous en tant que formateur ?

622

623 **F2** : Non mais ça m'est arrivé d'appeler un cadre suite à une analyse de situation pour lui
624 expliquer que il y avait des soucis qui pouvaient mettre en péril l'étudiant mais c'est plus par
625 rapport à la maltraitance et dans ce cas-là j'avais également prévenu la directrice avant.

626 Les erreurs médicamenteuses..... on va en parler on va essayer de comprendre.

627

628 **MOI** : Est-ce que la directrice est prévenue en cas d'erreur ?

629

630 **F2** : Oui en cas d'erreur grave on en parle en réunion pédagogique.

631

632 **MOI** : qu'est-ce que vous appelez erreur grave ?

633

634 **F2** : Quelque chose ou quand le problème est soulevé est quand même important du point de
635 vue aussi du patient et en général on échange entre nous pour voir si c'est à déclarer ou pas,
636 est-ce que ça a de l'intérêt aujourd'hui.

637 Mais souvent, moi, j'ai l'impression que l'erreurenfin, qu'elles sont déjà traitées.

638

639 **MOI** : Alors en fait quand l'étudiant fait une erreur dans un service elle est traitée sur le
640 terrain sans vous sachiez comment et elle peut être traitée à l'IFSI si l'étudiant en parle ?
641 Chaque formateur fait un peu comme il le sent ?

642

643 **F2** : oui mais en fait je me dis, effectivement les services ne nous font jamais de retour
644 comment ils ont pu gérer ça avec étudiant, quelle était la problématique ?

645 On peut avoir sur un..... enfin je sais même pas..... Enfin si sur un rapport
646 circonstancié... Quand ça entraîne la non validation du stage.

647

648 **MOI** : Mais quand une erreur se produit est-ce qu'il vous appelle immédiatement ou ça peut
649 ne pas se faire ?

650

651 **F2** : Ben oui c'est un peu les deux cas, ça dépend du niveau de l'étudiant, si c'est une erreur
652 d'administration médicamenteuse réalisée par un étudiant de 3e année là on va vraiment nous
653 prévenir parce que c'est des futurs professionnels et il y aura un rapport circonstancié.

654 J'ai l'impression qu'en première et deuxième année il y aurait plus de tolérance, c'est pareil
655 c'est juste une représentation j'ai pas d'exemple..... heuQue les 3e année il y a plus
656 de rapport circonstancié parce que ils sont bientôt professionnels, après ça dépend de l'origine
657 de l'erreur aussi.

658

659 **MOI** : Et pour finir si je vous dis "accompagnement d'un étudiant dans ces situations d'erreur
660 d'administration médicamenteuse ou même si ça vous est peut-être pas ou peu arrivé, Que
661 mettez-vous derrière ce mot accompagnement ?

662

663 **F2** : TousseAlors accompagner un élève qui aurait fait une erreur ?

664

665 **MOI** : Est-ce que vous l'accompagnez d'une façon différente ?

666

667 **F2** : Oh oui je pense que déjà il faut bien parce que je pense que déjà l'accompagnement déjà
668 c'est comment il a vécu l'erreur.

669 Comment il est.... le sens quoi, c'est débriefé avec lui pour savoir comment il ressent, parce
670 que on sait que Ça va le déstabiliser.

671 Et l'erreur on a toujours aussi du mal en parler parce que c'est ...est-ce qu'on leur fait peur
672 avant qu'ils sortent ?

673

674 **MOI** : Vous parlez des formateurs qui feraient peur ?

675

676 **F2** : Oui, est-ce qu'on ne génère pas un stress trop important en leur disant qu'ils peuvent faire
677 une erreur ou attention de ne pas faire d'erreurs.

678 Il y a un dosage à trouver parce qu'ils sont déjà stressés, ils ont déjà peur de se tromper. Alors
679 du coup voilà... Je pense que si j'avais à accompagner je pense que j'accompagnerais sur le :
680 comment il a vécu l'erreur.

681 Après si il ne s'est pas rendu compte qu'il a fait une erreur, accompagné c'est faire prendre
682 conscience aussi de l'erreur parce que c'est vrai qu'il y en a qui minimise l'erreur ou qui ne
683 voit pas le problème.

684 C'est aussi dans la prise de conscience et savoir ce qui s'est passé et après c'est décortiqué.
685 L'accompagnement il est plus là-dessus et puis après sur les objectifs de stage, sur le prochain
686 stage je sais pas enfin je pense que je ferai comme ça.

687

688 **MOI** : Quand vous dites précédemment que vous interrogez sur le vécu..... ça veut dire ses
689 émotions, un peu ce qu'il est, vous les prenez en compte ?

690

691 **F2** : Ben oui parce que ça reste quelque chose que l'on a mal faitDu coup ils
692 peuvent se demander si ils sont capables d'être infirmier ils peuvent se dire qu'ils sont nuls ,
693 qu'ils n'y arriveront jamais..... et en troisième année il se questionne bien sûr, et on a des 3e
694 année qui sont en panique de sortir et qui ratent leur stage de semestre 5 ou semestre 6.

695 Il y en a qui remettent tout en question moi j'ai vu des étudiants partir à 2 mois du diplôme.

696

697 **MOI** : Est-ce un problème de responsabilité qui les fait reculer ?

698

699 **F2** : Oui je me souviens d'une aide-soignante qui disait non non moi je ne serai pas infirmière
700 je veux rester aide-soignante il y a moins de responsabilités, Elle est partie on ne l'a pas revue.

701 **MOI** : Pensez-vous que les analyses de pratique ou de situation comme vous utilisez est un
702 outil qui permet de monter en expérience chez le l'étudiant infirmier ?

703

704 **F2** : Pour moi je dis toujours aux étudiants que le meilleur outil c'est l'analyse de pratiques ou
705 l'analyse de situation, et ces analyses de situation ça nous sert car on peut les utiliser dans nos
706 cours, ça donne plein de situations réelles ces analyses de pratique..... bien sûr sans donner
707 les noms.

708 Oui moi je trouve que c'est un outil qui est vraiment indispensable l'analyse de pratique parce
709 que vraiment ça leur appartient c'est pas l'autre qui a fait ça, c'est vraiment moi pourquoi j'ai
710 fait ça pourquoi j'ai décidé ça. On travaille en disciplinarité mais en fait on est souvent tout
711 seul.

712 Et puis nous on est un petit IFSI et on échange beaucoup sur ce qu'on fait, sur ce qui a été fait
713 et on y fait référence, et c'est à l'étudiant aussi d'aller rechercher ce qu'il a appris ailleurs.

714

715 **MOI** : Et à votre avis pourquoi un étudiant qui connaît, par exemple, la règle des 5B qui est
716 capable de reconnaître qu'il l'a sait n'arrive pas à ressortir ses connaissances à l'instant T ?

717

718 **F2** : bah oui elle sait, et on le retrouve aussi parfois auprès des étudiants de cadre qui pense
719 aussi savoir, et c'est quand on leur demande et bien dites-moi..... et ben là...pffff .

720

721 **MOI** : Donc ce côté-là est-ce qu'il est interrogé dans vos TD ?

722

723 **F2** : Ouais c'est vrai, HEUSi ... le raisonnement il est là parce que on est quand même
724 sur des cas pratiques, si ... moi je pense que... il est là ce raisonnement moi je l'ai en tête et
725 euh aussi ils l'ont.

726

727 **MOI** : Parfois on pourrait se dire que c'est le contexte qui fait que ils n'arrivent pas à sortir de
728 leur sac à dos les connaissances mais parfois le contexte se calme et il n'y arrive pas à mieux.

729

730 **F2** : Je crois qu'en fait ils en ont beaucoup dans leur sac à dos et en fait ils ne savent pas
731 adapter.....pffff..... je sais pas ; et en fait ils ferment leur sac ils viennent pas sur ce qu'ils
732 ont appris pour le mobiliser.

733 C'est vrai que dans d'autres processus comme les processus dégénératif on reprend la 2.2
734 anatomie physiologie.

735 Oui et ça questionne comment j'utilise ce que j'ai déjà appris.

736 C'est pareil c'est comme en 3eme année, Il couine parce qu'il y a 2 heures de législation sur un
737 Moodle en pharmacologie, c'est prévu comme ça au début de 3e année.

738 Mais moi je trouve que c'est important en 3e année qu'on réapprenne, Le premier cours de 3e
739 année c'est de la législation on revoit toute la législation, Dès..... mais c'est pas inutile et on
740 travaille aussi sur les ordonnances repérer si elles sont conformes et on travaille aussi avec la
741 pharmacienne autour de ça.

742 Oui on fait un TD avec une pharmacienne du CHS qui nous donne des ordonnances Ils
743 doivent les analyser et trouver des erreurs qu'il y a dedans ... elle a rentré des erreurs dans
744 l'ordonnance qu'elle a extrait du logiciel, du coup ils doivent trouver en termes d'interaction
745 médicamenteuse.

746 Mais nous on ne peut pas travailler sur le logiciel informatique, c'est dommage que l'on n'est
747 pas, ici, une banque de données parce que si l'on part du principe que les erreurs arrivent suite
748 à une erreur de lecture de prescription, on devrait avoir la possibilité, dans les IFSI, a avoir
749 accès à des démonstrations sur ordinateur comme dans les services de l'hôpital ..au moins.

750 Je trouve que ça serait intéressant, alors nous ils ont une formation de la cadre référente du
751 DPI de l'hôpital qui vient expliquer mais c'est 2h.

752

753 **MOI** : En quelle année ?

754

755 **F2** : C'est en première année.

756 On en est encore à apprendre la lecture de prescription médicale sur papier exclusivement.

757 Nous on se disait qu'ici on n'a pas un TD qui permettrait de travailler sur des ordinateurs et
758 donc des logiciels de prescription, du coup il faut qu'il le fasse et il l'apprenne sur le terrain.

759 Donc cette lecture sur le logiciel du DPI doit faire partie des objectifs car souvent les
760 soignants leur disent ah ben tu verras ça plus tard, Ils disent bah laisse je vais gérer, c'est
761 chiant.

762 Là j'ai eu le cas en visite de stage, un exemple, ça se passe dans un service d'oncologie et
763 l'étudiante a une chimiothérapie à préparer , elle dit j'ai l'ordonnance à côté de moi, je lui dis
764 un coup de vent et l'ordonnance s'envoleJe suis dans l'écart un peu ...rire.... Ou le café
765 et se renverse dessus alors d'où elle vient cette ordonnance ?

766 Elle était incapable de me dire au bout de 10 semaines de stage d'où venait l'ordonnance, on
767 parlait des chimio en unité de reconstitution, Eh bien elle était incapable de me dire d'où
768 venait l'ordonnance et ce qu'elle venait du logiciel qui était là, donc elle perd ordonnance elle
769 ne sait pas où la récupérer.

770 Elle ne sait pas questionner et la professionnelle ne l'a pas questionnée non plus.

771

772 **MOI** : Oui ça questionne également le tutorat.

773

774 **F2**: À ce sujet moi j'aime bien les voir les étudiants qui sont en stage qui relève de ma
775 spécialité et tous les formateurs ne sont pas d'accord avec ça.

776 Moi je leur dis que on peut plus facilement poser des questions parce que je connais le terrain.

777 Donc nous on questionne des choses que les professionnels ne pensent pas à questionner
778 parce que eux ils sont dedans ...Mais nous on sait ce que l'étudiant a besoin ...Et du coup on

779 F2 : C'est erreur c'est un peu notre lien entre nous et terrain ça dire comment on est en
780 relationEt comment on peut améliorer les choses ensemble

781 Et concernant l'accompagnement c'est quelque chose sur lequel on doit retravailler en collectif

1 ANNEXE 3

2 **ENTRETIEN FORMATEUR 3 (PAR TÉLÉPHONE)**

3
4 **MOI** : Bonjour Madame, et merci de vous adapter aux circonstances climatiques qui ne me
5 permettent pas de me déplacer jusqu'à vous. J'aurais préféré vous rencontrer mais nous ferons
6 au mieux par téléphone.

7
8 **FORMATRICE (F3)** : Il n'y a pas de souci, pas de problème (Voix douce et souriante...)

9
10 **MOI** : Je suis formatrice à l'IFMS de Belfort-Montbéliard depuis 4 ans et, dans le cadre de
11 mon Master 2 ingénierie de formation de formateur, je réalise un travail de mémoire sur un
12 thème qui me tient à cœur qui est l'accompagnement de l'étudiant dans le cadre d'une erreur
13 d'administration médicamenteuse. Je vous propose de vous présenter. J'aimerais savoir depuis
14 quand vous êtes formateur à l'IFSI et quelles sont vos missions.

15
16 **F3** : D'accord, alors moi mon parcours : j'ai été diplômée infirmière en 2001 j'ai travaillé
17 essentiellement en psychiatrie, et j'ai intégré l'IFSI sur un poste de faisant fonction en fin
18 2010.

19 Donc j'ai été formatrice sur l'ancien référentiel une année, j'ai accompagné la dernière année
20 de ce référentiel en 3e Année, donc... et ensuite de 2010 à 2014 j'ai été formatrice en
21 première année et en troisième année. On fonctionne comme ça, on n'est pas par
22 compétence ... On a changé d'organisation là... on est référent d'année.

23
24 **MOI** : Donc si je comprends bien vous ne les accompagnez pas sur 3 ans mais vous changez
25 chaque année ?

26
27 **F3** : J'aurais bien voulu mais ça n'a pas été possible (rire) Ben voilà...

28 Euh ... jusqu'en 2014 j'étais faisant fonction, après j'ai passé mon concours pour aller à l'école
29 des cadres et moi mon projet c'est justement l'alternance... ici et service ... avant de partir à
30 l'école des cadres j'ai fait 9 mois en service de médecine en tant que faisant fonction, toujours.
31 Voilà, et j'ai fait mon école des cadres sur l'année 2015-2016 donc tout récent... et en 2016
32 j'ai rejoint à nouveau l'équipe de l'IFSI et jusqu'au 15 mars parce que je repars en service
33 (rires)... et là je vais intégrer le service de pédiatrie en néonatalogie.

34

35 **MOI** : Vous êtes en plein changement, donc ?

36

37 **F3** : Oui oui tout à fait (rire)...Mais voilà... 2 ans en tant que cadre de santé m'a fait vraiment
38 prendre conscience qu'en tant que faisant fonction... et bien on a certaines connaissances
39 mais on est loin du compte, un an de formation c'est pas du luxe pour apprendre le métier de
40 cadre de santé. Voilà à peu près mon parcours (rire)

41

42 **MOI** : D'accord et actuellement vous êtes responsable de quelle unité d'enseignement ?

43

44 **F3** : Alors je suis responsable des 3^e année, j'ai en responsabilité toutes les unités
45 transversales « cœurs de métier », les unités d'intégration, compétences cœur de métier.

46

47 **MOI** : Pouvez-vous me préciser, SVP ?

48

49 **F3** : Alors nous on n'est pas organisé en compétences on est organisé en unités
50 d'enseignement... donc en fait moi j'ai tous les enseignements en lien avec la psychiatrie et la
51 psychologie voilà parce que mes collègues n'ont pas cette connaissance-là.

52

53 **MOI** : D'accord.

54

55 **F3** : Donc j'ai un processus psychopathologique sur le semestre 2 et le semestre 5, j'ai aussi
56 les soins palliatifs au semestre 5, une UE psychologie-sociologie anthropologie du semestre 1
57 et 2 et après les soins relationnels du semestre 5. Voilà... il n'y a personne d'autre en binôme
58 sur ces unités d'enseignement-là, je suis la seule à être référente sur ces enseignements-là... je
59 suis en binôme avec une collègue sur le 3.3 S5 "rôle et organisation du travail" ensuite l'UE
60 optionnelle et l'UI du semestre 5 "Thérapeutiques et coordination des soins".

61

62 **MOI** : Oui, donc l'UI qui regroupe la compétence 4 « administration des thérapeutiques » et
63 la compétence 9 "organisation collaboration dans les soins" ; Oui j'en fais également partie de
64 cette unité d'enseignement intégrative. D'accord. Avez-vous d'autres missions ?

65

66 **F3** : En termes de suivi pédagogique, chaque année les étudiants changent de référent de suivi
67 pédagogique donc moi j'ai 23 étudiants en soins infirmiers en suivi pédagogique.

68

69 **MOI** : D'accord, et quelle année ?

70

71 **F3** : Les 3e Année.

72

73 **MOI** : Vous réalisez des suivis pédagogiques individuels et collectifs ?

74

75 **F3** : Oui tout à fait...

76

77 **MOI** : Vous réalisez également des visites de stage ?

78

79 **F3** : Oui à tous les stages et pour tous les étudiants... pour l'instant on les visite à chaque
80 stage, tout le temps. Et on les accompagne également dans la construction de leur mémoire
81 qu'ils réalisent en groupe, en tout début de 3e année, ils ont toute l'année pour réaliser leur
82 mémoire. On a fait ce choix là car le réaliser sur le semestre 6, c'est trop court c'est un peu
83 envoyé quoi ...c'est juste qu'ils n'ont pas le temps.

84

85 **MOI** : Et avez-vous une mission dans la formation continue ?

86

87 **F3** : Oui là j'ai mis en place une formation continue justement pour les personnes âgées
88 atteintes de pathologie psychiatrique, et j'ai une autre mission mais ça c'est sur mon temps
89 personnel avec un organisme de formation, j'interviens sur la gestion de la violence sur la
90 qualité des soins et puis euh... sur le tutorat étudiant, voilà...

91

92 **MOI** : D'accord.

93

94 **F3** : L'information concernant l'accompagnement du personnel en EHPAD des résidents
95 atteints de pathologie psychiatrique se justifie par le fait qu'il leur manque des connaissances
96 en pathologie, en traitement, en conduite à tenir pour accompagner ces personnes de manière
97 adaptée, c'est surtout par rapport au cadre thérapeutique.

98

99 **MOI** : Bien... et bien maintenant je vais vous proposer d'entrer dans le vif du sujet. Donc je
100 suis partie du constat que l'erreur existe dans les métiers de l'humain donc que l'erreur peut
101 exister à l'hôpital et je cible plus particulièrement l'erreur d'administration médicamenteuse

102 auprès des étudiants de 3e année...Ce moment, on pourrait s'imaginer que les étudiants sont
103 prêts.

104 J'ai deux thèmes l'erreur d'administration médicamenteuse chez l'étudiant 3e Année et son
105 accompagnement : Que faites-vous quand l'erreur arrive ? Est-ce que vous préparez les
106 étudiants à l'erreur ...Je questionne l'accompagnement du formateur face à cet objet.

107 Si on interroge l'erreur : moi ce qui m'intéresse c'est de savoir si elle fait partie du processus
108 d'apprentissage, est-ce que dans l'apprentissage de l'erreur à sa place est-ce que l'on en parle,
109 existe-t-elle en tant que telle ?

110

111 **F3** : humm humm ...Alors moi je dirais qu'on est conscient qu'elle existe, sur le terrain en
112 stage...heu, par contre jusqu'en 3e année, je ne vois pas beaucoup d'UE, heu, qui en parlent.
113 Si ce n'est que dans le semestre 6 c'est l'UE 4.8 "qualité des soins et analyse des pratiques".

114 C'est là où nous dans l'enseignement on traite d'une erreur médicamenteuse d'un
115 professionnel ... d'un étudiant et on va justement leur expliquer la posture à adapter, etc.....

116

117 **MOI** : Avant le semestre 6 est-ce que l'erreur est traitée ?

118

119 **F3** : Non... je ne crois pas... il y a un enseignement dans la pharmacologie qui traite de tous
120 les principes qui garantissent justement... La non erreur (rire), les verrous, en leur disant
121 qu' « il faut faire comme ça », la règle des 5B etc..., mais après on leur dit "il faut faire
122 comme ça et vous ne ferez pas d'erreur ».

123 Et voilà c'est un peu le côté théorie, réalisation des procédures, effectivement après ...les
124 étudiants qui vont se conformer à des organisations de service peuvent faire des erreurs.

125

126 **MOI** : Donc dans ce cas-là, l'organisation des services qui n'appliquerait pas forcément
127 toujours ce que l'étudiant apprend à l'IFSI ... le mettrait-il en difficulté? À votre avis est-ce
128 que il arrive... est-ce qu'ils parviennent tout de même à mobiliser la théorie où adoptent
129 immédiatement les pratiques du service? Parviennent-ils à se positionner ?

130

131 **F3** : Pas tous... pas tous, certains arrivent à se positionner d'autres sont beaucoup plus dans je
132 me conforme à l'organisation du service pour ne pas.... Ils ont cette impression que s'ils se
133 conforment... ils vont valider les compétences, et que s'ils ne font pas comme le professionnel

134 ils ne vont pas valider les compétences. Je pense qu'il y a une erreur de compréhension par
135 rapport à ça.

136

137 **MOI** : Est-ce qu'ils prennent l'infirmier comme modèle ?

138

139 **F3** : Voilà, oui... oui tout à fait. Après il y a aussi les étudiants qui ne sont absolument pas
140 dans une posture réflexive, et donc ils vont en stage, ils font comme les professionnels sans se
141 poser de question, à se dire "est-ce que ça correspond à un système sécuritaire ou pas". J'ai
142 différents cas de figure en tête par rapport à ça.

143

144 **MOI** : Avez-vous un cas de figure d'un étudiant 3e Année qui aurait commis une erreur
145 d'administration médicamenteuse ?

146

147 **F3** : Oui.

148

149 **MOI** : Pouvez-vous me, me parler d'une situation précise ?

150

151 **F3** : Oui, l'année dernière et cette année ...Il y en a qui ont commis des erreurs
152 d'administration de thérapeutique au semestre 6, donc fin de parcours, pendant les stages de
153 semestre 6, pendant le stage de 10 semaines donc le dernier.

154. Alors il y a une étudiante, aux urgences, elle était avec l'infirmière et devait préparer une
155 titration de morphine. L'infirmière lui explique ce qu'est une titration de morphine car elle
156 n'avait pas les connaissances. Avant l'administration du traitement, l'infirmière lui dit: " j'ai
157 quelque chose à faire, tu m'attends et quand je reviens on fera l'injection de morphine au
158 patient".

159

160 **MOI** : Qui avait préparé la prescription médicale l'étudiante ou l'infirmière ?

161

162 **F3** : L'étudiante avait préparé la seringue, sauf qu'elle n'avait pas compris... heu, tous les
163 tenants et les aboutissants. Elle est, quand même, allée injecter le médicament alors que
164 l'infirmière lui avait dit de l'attendre. Elle a injecté les 10 ...euh les 10 mg en intraveineux
165 direct au lieu de 1g par 1g et puis voir l'efficacité.

166 Donc il y a une erreur, l'étudiante avec l'aide de l'infirmière a compris son erreur, très
167 rapidement ils m'ont appelée. Ça c'était le vendredi, j'y suis allé le lundi, sur place pour voir

168 l'étudiante et l'infirmière pour déjà débriefer, comprendre les circonstances de la survenue de
169 l'erreur.

170

171 **MOI** : Avec qui étiez-vous ?

172

173 **F3** : J'étais avec l'infirmière et l'étudiante.

174

175 **MOI** : Il y avait-il le cadre de santé ?

176

177 **F3** : Non.

178

179 **MOI** : Pouvez-vous m'expliquer ce que vous faites quand vous dites que "vous allez sur place
180 pour débriefer" ? En quoi consiste ce débriefing ? Comment vous vous y prenez ? Je rentre un
181 peu dans le détail.

182

183 **F3** : Oui oui (rire). Déjà moi j'avais besoin de comprendre comment était arrivée l'erreur,
184 qu'est-ce que c'était comme erreur parce que je n'avais pas forcément toutes les informations.
185 Heu... l'étudiante m'a réexpliqué avec le soutien de l'infirmière ce qui était aussi nécessaire
186 pour moi c'était d'évaluer si l'étudiant...avait quand même...euh ... évalué le risque qu'il y
187 avait eu pour le patient.

188 L'étudiante était en pleurs, elle n'arrivait pas à reprendre confiance en elle par rapport à cette
189 erreur-là. J'ai déjà dû reprendre avec elle la reprise de confiance en elle en lui expliquant que
190 l'erreur existe, que moi aussi j'avais déjà commis des erreurs. Déjà là, j'ai essayé de la
191 rassurer.

192

193 **MOI** : quand vous dites que vous l'avez aidée à reprendre confiance en elle c'est la première
194 chose que vous avez faite ? Vous lui avez parlé de l'erreur en tant que telle.

195

196 **F3** : L'infirmière aussi a donné des éléments, comment ça s'était passé, etc....Et a aussi
197 rassuré l'étudiante en expliquant qu'elle n'avait pas les connaissances concernant la titration
198 de morphine, qu'elle n'a pas fait une faute mais qu'elle a fait une erreur. En fait, après cette
199 erreur elle a développé une angoisse liée au traitement.

200

201 **MOI** : c'est à dire ?

202 **F3** : jusqu'à la fin de son stage, du moment qu'elle devait injecter des médicaments ...elle
203 était hyper stressée, elle avait perdu confiance en elle.

204 Je lui ai demandé de faire un écrit, comme une analyse de situation du portfolio, en expliquant
205 très clairement ce qui s'était passé etc. ... et d'analyser un petit peu l'arbre des causes de cette
206 erreur.

207

208 **MOI** : Vous avez donc donné un rendez-vous à l'étudiante après cette visite de stage pour
209 échanger autour de cette analyse ?

210

211 **F3** : Oui, 5 jours après.

212

213 **MOI** : Vous lui avez laissé un temps de recul, de réflexion ?

214

215 **F3** : Oui car elle était vraiment très très mal et il fallait qu'elle prenne un peu de distance avec
216 ça, car elle avait imaginé tué le patient.

217 Ce que j'ai aussi valorisé dans sa posture : elle a fait l'erreur mais elle ne l'a pas cachée, elle l'a
218 admise tout de suite, elle a pris les devants en appelant le médecin, en tous les cas en
219 assumant. Je l'ai aussi valorisée en lui disant : certes il y a une erreur ... mais moi ce qui
220 m'intéresse c'est aussi son comportement en lien parce que en tant qu'infirmière l'honnêteté
221 est quelque chose de primordial pour la sécurité du patient et elle l'a été dans ce cadre-là....
222 Donc, ça, je l'ai mis en avant pour essayer de la faire reprendre confiance en elle... voilà....

223

224 **MOI** : Vous avez donc interrogé les réactions émotionnelles. Est-ce que pour vous c'est
225 important dans l'accompagnement ?

226

227 **F3** : Oui.

228

229 **MOI** : Est ce qu'il n'y aurait pas un risque de rentrer dans quelque chose de difficile qu'on ne
230 peut pas gérer, concernant ces réactions émotionnelles ?

231

232 **F3** : Après moi (rire) j'ai travaillé en psychiatrie, pour moi d'emblée c'est un des réflexes que
233 j'ai, c'est de travailler aussi le côté émotionnel de la situation. Heu.... après justement la
234 demande d'un écrit me permet aussi de lui faire prendre de la distance avec ses émotions. De
235 l'écrire ça aide aussi à prendre de la distance.

236 **MOI** : Cet écrit, est-ce une demande qui vous est propre ou est-ce institutionnel ?

237

238 **F3** : C'est institutionnel. Je lui ai aussi demandé de faire une fiche d'événement indésirable au
239 sein de l'établissement, pour qu'après le service qualité puisse en être informé.

240

241 **MOI** : Voilà, donc quand une erreur a été réalisée à l'hôpital : vous vous rendez dans le
242 service vous allez rencontrer l'étudiante avec l'infirmière. Et ensuite cette fiche d'événement
243 indésirable : c'est l'étudiante qui la remplit ?

244

245 **F3** : Oui avec l'infirmière. Après, ça ne se fait pas dans tous les services, dans certains
246 services les cadres de santé ou les infirmières disent : "ben non, ce n'est pas la peine".

247 Des fois, on n'est pas toujours appelé non plus, on le sait à posteriori. Ca dépend aussi
248 beaucoup du cadre de santé qui impulse ou pas cette idée dans le cadre de la qualité et voilà.

249 ...mais pour le coup pour cet exemple-là, l'étudiant a fait une fiche d'événement indésirable
250 qui est remontée au service qualité.

251

252 **MOI** : Oui et après ? Qu'en fait le service qualité ?

253

254 **F3** : Euh...Il nous contacte.

255

256 **MOI** : Vous, le formateur référent ?

257

258 **F3** : Oui et on lui réexplique un petit peu ce qu'on a mis en place Et l'analyse qu'on a pu faire
259 de l'événement indésirable, nous de notre côté.

260

261 **MOI** : Par téléphone ?

262

263 **F3** : Oui c'est ça par téléphone, et puis.... Après voilà, eux ils vont gérer leur partie à eux, et
264 nous on met en place des actions correctives.

265

266 **MOI** : C'est-à-dire ?

267

268 **F3** : Pour cet exemple-là...la titration morphine : On s'est aperçu avec ma collègue qu'on
269 avait pas du tout abordé la titration de morphine en TD... on ne l'avait pas abordé dans les

270 enseignements de 3e année comme les soins palliatifs ni en deuxième année. Donc on a
271 réajusté nos enseignements pour cette 3e année de cette année qui est en cours. On a donc fait
272 un TD sur la titration de morphine où on a expliqué ce que c'était une titration etc.

273

274. **MOI** : Etes-vous partie de l'erreur de cette étudiante pour monter votre TD sur la titration de
275 morphine ?

276

277 **F3** : Alors non... On ne l'a pas utilisée dans ce cadre de ce TD mais on va l'utiliser dans une
278 autre UE du semestre 6 de l'UE 4.8.S6 "qualité des soins et analyse des pratiques". Voilà...
279 ça va être notre exemple pour analyser l'erreur médicamenteuse etc.

280

281 **MOI** : C'est donc un nouveau TD que vous avez créé, cette année suite à cette erreur ?

282

283 **F3** : Et bien en fait... Et bien en fait chaque année on prend une situation clinique d'erreur
284 d'administration de médicaments. Des fois on peut se servir du de (long silence)oh
285 Je ne vais pas trouver de mots, heu dede situations réelles ou inventées. Mais là pour le
286 coup, on va utiliser ce très bel exemple.

287

288 **MOI** : Et quel dispositif mettez-vous en place ? Est-ce en petits groupes ?

289

290 **F3** : Alors, ...(rires).... Ils vont déjà avoir la situation, ils vont la travailler en TPG c'est-à-dire
291 en travail personnel guidé. Et puis ensuite, en petit groupe c'est-à-dire en TD, on va la
292 corriger.

293

294 **MOI** : Donc si j'ai bien compris, vous ne leur donnez pas l'analyse de pratique mais la
295 situation, le déroulé de l'action avec les acteurs présents à ce moment-là. Vous décrivez la
296 situation jusqu'au moment où l'erreur se produit ?

297

298 **F3** : Jusqu'à l'erreur, et après on leur demande, euh.... quelle est la conduite à tenir, quelle est
299 pour eux la conduite à tenir, heu Attendez je regarde le contenu sur ma fiche
300 pédagogique.

301 Donc les questions sont les suivantes : que doit faire l'étudiante après avoir constaté son erreur
302 ? Ensuite quels professionnels de l'institution doivent être informés de cette erreur ? Au sein
303 de l'équipe qui doit se sentir concerné par l'erreur ? Étudiant, IDE, cadre ?

304 Après on leur demande d'analyser les facteurs qui ont contribué à l'erreur.

305

306 **MOI** : Les facteurs au sens large ?

307

308 **F3** : Oui les facteurs liés au contexte, à l'infirmière. Ensuite on leur demande de d'écrire une
309 transmission ciblée concernant l'erreur. Et après ils doivent remplir la feuille d'événement
310 indésirable.

311 En TD, on reprend en exposant la situation, et on interroge qu'est-ce que vous avez répondu
312 etc. Après on revient de manière réflexive par rapport à l'exemple il y a certains étudiants
313 l'année dernière qui nous avait répondu : “ le seul responsable c'est l'infirmier” et nous on
314 revient en leur demandant s'ils sont bien sûrs que c'est que l'infirmier qui est responsable.

315 La culture de la qualité c'est de ne plus stigmatiser celui qui a commis une erreur mais de bien
316 être dans une compréhension globale de la situation.

317

318 **MOI** : D'accord.

319

320 **F3** : Donc on insiste vraiment sur : déjà la réponse adaptée suite à l'erreur, c'est-à-dire de
321 prévenir tout le monde, d'avoir une posture réflexive par rapport à ça, c'est-à-dire : de ne pas
322 être excessif dans un sens ou dans un autre et dire “ c'est pas grave” ou de dire “oh la la c'est
323 très grave”.

324 On essaie de leur faire comprendre que il y a certes une erreur, et qu'il faut l'analyser pour ne
325 pas la répéter, voilàmais qu'il faut....heu ... qu'il ne faut pas la banaliser ni la dramatiser.
326 Voilà, c'est assez compliqué (rire).

327

328 **MOI** : Questionnez-vous les connaissances ?

329

330 **F3** : Ben oui pour le coup, dans cette situation, elle n'avait pas les connaissances du coup.

331

332 **MOI** : Quand planifiez-vous ce TD ?

333

334 **F3** : Juste avant la prise de poste, en fait.

335

336 **MOI** : Est-ce que ce TD permet à tous les étudiants de s'exprimer au sujet de l'erreur ?
337 Constatez-vous d'autres erreurs lors du dernier stage de 10 semaines qui a lieu après ce TD ?

338 **F3** : Oui il y en a malgré tout, parce que sur le stage de 10 semaines, ils se mettent une
339 pression assez importante pour gérer un service entier.

340

341 **MOI** : Tout seul ?

342

343 **F3** : C'est ça, tout seul... euh ...Et malgré tout ça reste compliqué en troisième année de
344 pouvoir gérer un service seul surtout en tout début de stage... Ceux qui ont fait des erreurs
345 lors de ce dernier stage, c'est ce qu'ils ont voulu prendre en charge tout de suite le service ...
346 ils en avaient pas les capacités, plutôt que d'aller progressivement et de se dire que l'objectif
347 c'est en fin de stage qu'il devrait être possible d'assumer tout un service.

348

349 **MOI** : Oui et ils ne mobilisent pas la compétence 9 « collaboration avec les autres membres
350 de l'équipe pluridisciplinaire». Ils veulent vraiment tout faire seul.

351

352 **F3** : Voilà c'est ça.

353

354 **MOI** : Si on imagine que l'on peut anticiper cette erreur d'administration médicamenteuse, il y
355 aurait-il un accompagnement du formateur, avant le stage, par rapport à cette posture de
356 vouloir faire tout seul.

357

358 **F3** : Cette année, on leur a vraiment bien redit que l'objectif c'était déjà de gérer un secteur de
359 6 patients... C'est-à-dire de coordonner et d'assumer les soins pour ces 6 patients... et que
360 vraiment qu'ils soient attentifs sur une progression et pas vouloir d'emblée se conformer à
361 des attentes parfois un peu excessives des professionnels.

362

363 **MOI** : Quels sont les objectifs pédagogiques que vous énoncez dans le TD de L'UE 4.8
364 concernant l'erreur médicamenteuse ?

365

366 **F3** : Alors, je ne les connais pas par cœur...rire... je regarde.

367

368 **MOI** : Oui, prenez votre temps.

369

370 **F3** : Oui, Vous voulez les objectifs pédagogiques ?

371

372 **MOI** : Oui vous m'avez donné les objectifs opérationnels... donc quelle visée vous donnez à
373 ce TD ?

374

375 **F3** : Alors, le premier objectif c'est : identifier le rôle infirmier en lien avec l'erreur
376 médicamenteuse. Identifier le rôle infirmier, plus généralement, dans le système qualité à
377 l'hôpital. Établir un signalement. Identifier une erreur médicamenteuse, tout simplement.....
378 voilà.

379

380 **MOI** : Si je reviens à la situation de cette étudiante que vous êtes allée voir dans le service
381 des urgences, quel était le contenu de votre accompagnement ?

382

383 **F 3** : La première chose, mais en fait l'accompagnement il a été simple parce qu'elle en a été
384 consciente... donc j'évalue et le fait que..... mais euh Comment expliquer.....euh...
385 Elle pleurait, elle avait vraiment pris conscience de la conséquence pour le patient. C'était
386 vraiment ça qui la troublait énormément.

387

388 **MOI** : Que disait-elle de ces conséquences qu'elle avait évaluées ?

389

390 **F3** : Qu'elle aurait pu tuer le patient, avec une telle dose. et qu'elle avait eu la chance de se
391 trouver en face d'un patient costaud, sans problème respiratoire. il y a eu une surveillance
392 mais sans lui administrer l'antidote. Elle a vraiment pris conscience qu'il y avait eu un fort
393 danger pour le patient en question.

394

395 **MOI** : Le fait qu'elle soit complètement désarmée, il fallait donc lui donner confiance en elle,
396 ce que vous m'avez expliqué au début... et comment vous vous y êtes pris pour que la suite du
397 stage elles reprennent confiance en elle ? Elle avait donc des craintes pour administrer un
398 traitement, est-ce que vous êtes intervenue, vous a-t-elle sollicitée ?

399

400 **F3** : Non... elle ne m'a pas resollicitée jusqu'à la fin du stage, par contre on avait défini
401 ensemble une conduite à tenir au moment de la réalisation d'une administration
402 médicamenteuse : elle devait prévenir l'infirmière avant d'aller injecter seule à médicaments,
403 de demander une supervision du professionnel pour la rassurer sur ses compétences par
404 rapport à l'administration des thérapeutiques.

405

406 **MOI** : Avec qui avez-vous planifié cette conduite à tenir ?

407

408 **F3** : Avec l'étudiante et l'infirmière.

409

410 **MOI** : avez-vous défini avec l'infirmière ce qu'elle devait observer, les questions qu'elle
411 devait poser à l'étudiante avant d'administrer le médicament ? Qu'entendez-vous par
412 supervision, est-ce que c'est simplement regarder ?

413

414 **F3** : Pour le reste on avait identifié qu'il n'y avait pas de manque de connaissances pour elle...
415 Elle manquait de connaissance ...c'était surtout pour ce soins précis. Mais pour le reste ...

416

417 **MOI** : Qu'entendez-vous par le reste ?

418

419 **F3** : Les autres traitements, les anticoagulants, les anti douleurs, elle connaissait les dilutions,
420 savait comment elles se préparaient.

421

422 **MOI** : Contrairement à la titration de morphine est-ce que l'enseignement des anticoagulants
423 et des antidouleurs avaient été traité en cours ?

424

425 **F3** : Oui tout était bien vu, la morphine aussi mais pas la titration.

426

427 **MOI** : J'ai lu dans certains articles des erreurs médicamenteuses réalisés par des médecins que
428 ces derniers ne parviennent pas en parler au sein de leur corpus mais qu'ils arrivent un peu en
429 parler seulement en famille, parce que c'est une épreuve et qui a le regard des autres
430 professionnels sur eux et donc sur leur légitimité être un bon médecin.

431 Est-ce que pour vous ce serait une solution que l'étudiant parvienne à exprimer, à verbaliser
432 son erreur devant les autres étudiants, au cours du TD que vous m'avez présenté
433 précédemment, par exemple? Est-ce que ça pourrait l'aider dans l'analyse de son erreur et dans
434 son acceptation ?

435

436 **F3** : Elle a pu l'exprimer avec ses collègues de promotion qui lui sont proches, elle en a pas
437 parlé au groupe lors d'un TD... nous de notre côté on a fait un rappel par rapport à la règle
438 des 5B, à Etre attentif... C'était un rappel à l'ensemble de la promotion. On avait fait un
439 rappel concernant la mise en place des verrous lors de l'administration des thérapeutiques.

440 **MOI** : Et vous avez fait se rappel avant le départ en stage de 10 semaines ?

441

442 **F3** : Non c'était pendant, car on a eu aussi une autre erreur et du moment qu'on a eu deux
443 erreurs, on a fait un rappel sur l'importance de respecter les règles.

444

445 **MOI** : Comment avez-vous fait votre rappel ?

446

447 **F3** : Alors, ils ont en milieu de stage... ils reviennent à l'IFSI pour une analyse de pratique...
448 c'est à ce moment-là que nous avons fait ce rappel en promotion complète.

449

450 **MOI** : combien de temps a duré cette intervention ?

451

452 **F3** : un quart d'heure, je vais dire.

453

454 **MOI** : y a-t-il eu des réactions de la part des étudiants ?

455

456 **F3** : Non, pas particulièrement.

457

458 **MOI** : Et ensuite concernant la traçabilité de cette erreur une fois que vous êtes allée voir
459 l'étudiante sur le terrain de stage, est-ce que vous mettez en place une traçabilité ? Comment
460 est-ce tracé ?

461

462 **F3** : Alors on a un dossier WINIFSI, où l'on a un dossier par étudiant. Dans la partie suivi
463 pédagogique, on note tout l'accompagnement qu'on a réalisé avec étudiant... une sorte de
464 compte rendu.

465

466 **MOI** : Est-ce que cette étudiante a eu son diplôme d'état à la fin de la formation ?

467

468 **F3** : Alors, oui elle a eu son diplôme d'état, en juillet ; alors moi, j'avais joint un avis
469 défavorable dans son dossier en vue de l'obtention du diplôme.

470

471 **MOI** : C'est-à-dire ?

472

473 **F3** : Et bien sûr son rapport de stage, du moment où il y avait eu une erreur, les professionnels
474 avait mis “calcul de dose améliorer”. Cet indicateur étant à améliorer en fin de 3e année, je
475 me suis dit d'emblée qu'elle n'aurait pas son diplôme d'état... Et j'ai aussi argumenté qu'il y
476 avait eu une erreur de faite, j'ai expliqué.

477 Donc la commission, moi j'y étais à la commission du jury du diplôme d'état et heu ... on
478 n'avait absolument pas droit de donner un avis vis-à-vis d'un dossier que nous connaissions...
479 et donc le groupe, je me rappelle, qui avait statué sur le dossier de cette étudiante avait dit ”
480 d'accord et il y a eu une erreur médicamenteuse, mais il est noté sur le rapport de stage qu'il y
481 a une progression”. Donc ils sont allés contre mon avis, et ils lui ont donné le diplôme
482 d'état...voilà.

483

484 **MOI** : Est-ce qu'il était noté en quoi elle avait progressé si c'était au niveau du raisonnement
485 clinique ou du calcul de dose ?

486

487 **F3** : Non, Il n'y avait pas de précision.....Après, moi je me suis remise en question car ils ont
488 aussi formulé que ma posture, les explications du formateur n'étaient pas suffisamment
489 détaillées pour ne pas ne pas donner le diplôme d'état. Donc je me suis remise en question, en
490 me disant : ”est-ce que j'étais trop vague ?”

491 En fait je n'ai pas été suffisamment factuelle pour dire qu'elle n'avait pas à avoir le diplôme
492 d'état.

493

494 **MOI** : Vous l'aviez vu combien de fois après la réalisation de son erreur ? Vous l'avez vu sur
495 le terrain de stage juste après l'erreur ? Ensuite, 15 jours après cet événement, elle vous a
496 présenté son analyse de pratique ?

497

498 **F3** : Oui je l'ai rencontrée une bonne heure pour son analyse de pratique qui était pertinente.

499

500 **MOI** : Et après vous avez eu d'autres rendez-vous ?

501

502 **F3** : Et bien après, je l'ai revue pour le diplôme d'état. Elle était sûre et certaine de ne pas
503 l'avoir, et quand elle a vu qu'elle avait, elle était à la fois très contente mais d'emblée je sais
504 qu'elle ne sait pas orientée sur un service technique parce que ça l'avait tellement ébranlée
505 qu'elle a préféré s'orienter vers un service sans trop de technicité, on va dire.

506

507 **MOI** : Est-ce que cette étudiante avait déjà réalisé une erreur antérieurement ?

508

509 **F3** : Non, pas à ma connaissance.

510

511 **MOI** : Pensez-vous que suivre le même étudiant pendant 3 ans rendrait l'accompagnement
512 avec un suivi plus efficace ? Est-ce que ça faciliterait l'accompagnement d'un étudiant ?

513

514 **F3** : Pour moi oui, pour moi je préférerais les avoir de la première année à la 3e année en suivi
515 pédagogique, en tous les cas pour avoir la connaissance du début jusqu'à la fin.

516

517 **MOI** : Mais ceci dit, dans la mesure où il y a une traçabilité sur WINIFSI qui est accessible
518 par tous les formateurs, il ne doit pas y avoir de perte d'information, donc le formateur qui
519 reprend un étudiant devrait être en mesure de le suivre avec toutes ces informations le
520 concernant ?

521

522 **F3** : Après, les formateurs ne tracent pas forcément toutes les informations la traçabilité peut
523 parfois être très sommaire (rire).

524 Après, moi j'en avais parlé de cette situation lors d'une réunion entre collègues et on nous sort
525 " Ah ben oui ce n'est pas étonnant" ...ah ... (rire discret) oui Alors ...qu'est-ce que tu m'as
526 transmis pour que je sois en alerte vis-à-vis de cette étudiante.

527

528 **MOI** : Donc le contenu de la traçabilité peut être interrogé, selon vous ?

529

530 **F3** : Oui tout à fait. Je pense qu'on a des efforts à réaliser concernant la transmission de ce
531 qu'on connaît des étudiants, dans notre équipe en tous les cas.

532 Il faudrait optimiser la traçabilité écrite, mais aussi prendre un temps à l'oral, entre formateur,
533 en début d'année au moment de la constitution des groupes de suivi pédagogique, pour
534 transmettre les éléments importants concernant les étudiants.

535

536 **MOI** : Vous n'avez pas un temps entre formateur pour vous transmettre les dossiers des
537 étudiants, pour parler des étudiants ?

538

539 **F3** : Non pas encore.

540

541 **MOI** : Y- a-t-il des temps d'accompagnement planifiés pendant l'année ?

542

543 **F3** : Oui il y a un suivi pédagogique par semestre, et puis, les visites de stage sont
544 individuelles donc ça reste un moment privilégié pour interroger le raisonnement clinique, et
545 c'est un moment où on repère les axes d'amélioration, les points positifs par rapport à la
546 posture infirmière.

547

548 **MOI** : Utilisez-vous le portfolio pendant l'accompagnement de l'étudiant ?

549

550 **F3** : Oui, on regarde le portfolio, s'ils ont eu un bilan de stage et s'ils ont un cahier de bord
551 c'est-à-dire tous les jours ils doivent faire signer par les professionnels de santé qui les ont
552 encadrés pour un meilleur suivi, et pour leur permettre d'avoir une traçabilité de ce qu'ils ont
553 réalisé comme soin, comme acte.

554

555 **MOI** : C'est une traçabilité de l'acte réalisé : c'est-à-dire (réalisation d'une perfusion par
556 exemple) ?

557

558 **F3** : Oui.

559

560 **MOI** : Qu'est-ce que le professionnel écrit exactement sur ce cahier de bord, par rapport à
561 l'acte réalisé ?

562

563 **F3** : Alors pour un acte, ce sera noté par exemple non acquis avec un commentaire de
564 l'infirmier ...pourquoi c'est non acquis et il signera.

565

566 **MOI** : Et ce commentaire est systématique ?

567

568 **F3** : Oui, on demande aux étudiants d'être très attentifs à ce qu'il soit rempli par les
569 professionnels, de le donner au tuteur lors des bilans, parce que ça reste une traçabilité et un
570 lien par rapport à son apprentissage. Euh... voilà, en tout cas c'est un bel outil pour nous
571 lorsqu'on va en visite de stage, on regarde ce qu'ils ont réalisé, on voit très vite leur évolution

572

573 **MOI** : C'est un outil construit par votre institution que vous avez ajouté au portfolio ?

574

575 **F3** : Oui, c'est un document par stage.

576

577 **MOI** : C'est-à-dire ?

578

579 **F3** : C'est un cahier de bord que l'on donne à chaque stage, c'est le même document quel que
580 soit le lieu de stage.

581

582 **MOI** : Orientez-vous les stages en fonction du niveau des étudiants, est-ce que dans votre
583 accompagnement vous pouvez corriger la ligne de stage ? Par exemple si la compétence 4
584 n'est pas certifiée, est-ce que vous allez l'orienter davantage vers un service MCO ?

585

586 **F3** : Oui on va forcément modifier sa ligne de stage.

587

588 **MOI** : Est-ce vous qui prenez cette décision en tant que référent pédagogique où est-ce que
589 vous vous référez à un formateur qui gère uniquement les stages ?

590

591 **F3** : Oui en fait, quand on est référent des 3e Année on fait tout...Chaque formateur gère la
592 lignée de stage de ses étudiants, on le fait ensemble avec les formateurs avec le logiciel
593 WINIFSI, on tient compte des stages précédents, on respecte les quatre domaines de stage
594 dans lesquels ils doivent passer pour obtenir le diplôme d'état, et au regard aussi des
595 compétences acquises, on va vers la ligne de stages la plus adaptée pour l'étudiant.

596 Ça nous prend du temps, en plus les stages c'est quelque chose pour les étudiants qui a une
597 importance énorme. Il suffit, en plus, qu'il soit affecté sur un stage où la réputation est
598 mauvaise, on les a dans notre bureau très vite.

599

600 **MOI** : Et si je vous demandais de mettre des mots clés autour du mot accompagnement, quels
601 seraient-ils ?

602

603 **F3** : Alors, le premier mot qui me vient : Bienveillance. Évaluation de la prise de conscience
604 du risque encouru.

605 Après moi ce qui me préoccupe c'est la sécurisation du soin pour le patient.

606 Mon objectif de déplacement visite de stage c'est de remettre en place des objectifs pour être
607 sûr que l'étudiant va avoir des comportements qui vont être sécuritaires pour le patient.

608 À travers le mot bienveillance c'est aussi être à l'écoute active par rapport aux ressenti, au
609 vécu de l'étudiant.

610

611 **MOI** : Lors de l'accompagnement, tenez-vous compte des situations psychologiques,
612 financières, familiales délicates de certains étudiants ?

613

614 **F3** : Heu.....pfff.....heu..... Pas forcément par rapport à l'erreur médicamenteuse, j'en
615 tiens compte dans l'apprentissage global mais pas plus lorsqu'il y a une erreur.

616 Après j'ai d'autres situations en tête où l'étudiant n'a pas du tout conscience de l'erreur qu'il a
617 pu commettre, et là par contre là ça me pose problème dans l'accompagnement.

618

619 **MOI** : Vous avez rencontré cette situation ?

620

621 **F3** : Oui, quelqu'un qui ne prend pas du tout conscience qu'il a été dangereux pour le patient,
622 ça me pose vraiment souci (rire).

623

624 **MOI** : Et dans cette situation particulière, comment faites-vous pour l'accompagner ? Par
625 rapport à la situation précédente... est-ce que vous faites des choses en plus vous qui vous
626 tenez compte d'autres éléments ? Vous augmentez la fréquence des rendez-vous ?

627

628 **F3** : Oui c'est sûr que j'augmente le nombre de rendez-vous, là pour le coup pour cette
629 étudiante de 3e année, le cadre de santé est intervenu avec moi. à chaque fois quand même,
630 on transmet l'information de l'erreur médicamenteuse à la directrice, j'avais oublié de le dire.
631 C'est nous qui le transmettons c'est une règle.

632

633 **MOI** : Qu'en fait- elle... la directrice... de cette information ?

634

635 **F3** : Et bien la directrice elle nous conseille aussi en termes de suivi pédagogique, etc.... elle
636 nous donne aussi souvent son point de vue à partir du cursus de l'étudiant et de nos "dires"
637 Forcément on n'aura pas la même attitude si l'étudiant est conscient du risque lié à son acte,
638 s'il est dans une démarche réflexiveon n'aura pas le même comportement que s'il n'est
639 pas du tout réflexif par rapport à son erreur, s'il ne l'a pas intégrée.

640

641 **MOI** : Dans le cas de ce deuxième étudiant... est-ce qu'il avait été repéré qu'il n'était pas
642 réflexif dans d'autres unités d'enseignement ?

643

644 **F3** : Oui, tout à fait. On est confronté à des étudiants que l'on sait entre guillemets "être
645 dangereux". Et on a beau faire des rapports circonstanciés, des écrits très factuels, si l'étudiant
646 ne prends pas conscience de sa propre difficulté, on est obligé chaque fois de leur proposer
647 des autres stages pour lui donner la possibilité d'avoir son diplôme.

648

649 **MOI** : Est-ce qu'on peut anticiper justement ce côté dangereux d'étudiants ? Y a-t-il un
650 accompagnement particulier pour ses étudiants ?

651

652 **F3** : Oui, on téléphone régulièrement sur le lieu de stage, on planifie très tôt notre visite de
653 stage pour aller le voir le plus tôt possible.

654

655 **MOI** : Et en amont du stage avec l'étudiant ?

656

657 **F3** : En amont avec l'étudiant (rire) ben voilà, on essaie de lui faire prendre conscience, qu'il
658 doit changer de posture etc., il y a des rendez-vous pris avec la directrice.

659

660 **MOI** : Quand vous lui dites qu'il doit changer de posture, comment l'exprimez-vous ?

661

662 **F3** : On prend les éléments factuels qu'il y a sur les rapports circonstanciés, euh Après moi
663 je suis quelqu'un d'assez authentique, je lui demande ce qu'il en pense etc... moi je te donne
664 mon avis, il y a ça et ça..... Et après l'étudiant me donne des explications qui ne sont pas
665 toujours en lien avec mes attendus.....

666

667 **MOI** : Est-ce que vous lui demandez d'écrire cette réflexion ?

668

669 **F3** : Oui toujours, je lui demande un écrit, ce qu'il a compris de l'entretien et des nouveaux
670 objectifs de stage à poser.

671

672 **MOI** : Est-ce que vous prévenez service qu'il peut être dangereux ?

673

674 **F3** : Euh oui, je l'ai fait dans un cas particulier, j'ai prévenu le service qui allait accueillir un
675 étudiant dangereux pour qu'ils soient vigilants dans leur encadrement.

676

677 **MOI** : C'est un choix institutionnel ou c'est dépendant du formateur ?

678

679 **F3** : Moi, je demande toujours l'aval de ma directrice avant de prévenir le service ...c'est
680 une question d'éthique, car on pourrait se dire que c'est lui supprimer la chance de valider un
681 stage, c'est difficile. .. Mais là cette étudiante-là, elle a redoublé deux fois et à chaque stage
682 elle a commis des erreurs. Donc dans ce cas-là, je privilégie la sécurité du patient. C'est un
683 cas particulier en 6 ans.

684

6853. **MOI** : Est-ce récent, comme situation ?

686

687 **F3** : Oui, c'est relativement récent, car avant les étudiants arrêtaient d'eux- même, soit ils
688 restaient aide-soignant, soit ils s'orientaient complètement sur autre chose et ça voulait pas
689 dire qu'ils n'étaient pas épanouis...mais là, cette étudiante, ça fait maintenant 5 ans qu'elle est
690 là, et qu'elle entend tout le temps, tout le temps,que" ça ne va pas" mais elle reste
691 convaincue que c'est son projet professionnel et elle veut aller jusqu'au bout. Elle utilise ses
692 droits jusqu'au bout, et ça peut être long.

693

694 **MOI** : Et quelle erreur cette étudiante avait-elle commise ?

695

696 **F3** : Elle s'est trompé dans le calcul de dose d'une injection de Laroxyl mais étant supervisée
697 par une infirmière, elle n'avait pas injectée. Elle avait été arrêtée avant l'injection.

698 Elle était encadrée par sa tutrice, qui lui avait demandé si elle était sûre du bon dosage, si son
699 calcul était juste. Elle avait donc refait son calcul, de la même façon, et lui avais répondu
700 qu'elle était sûr de son calcul, qu'il était juste. C'est à ce moment qu'elle l'avait arrêtée.

701

702 **MOI** : Elle avait repris le même raisonnement ?

703

704 **F3** : Oui elle ne s'est pas remise en question.

705

706 **MOI** : Est-ce que ce calcul de dose a été réinterrogé ?

707 En fait nous on met des calculs de dose à toutes les évaluations écrites c'est-à-dire chaque fois
708 qu'il y a des cas cliniques en évaluation, c'est le cas de tous les processus et de la
709 pharmacologie.

710

711 **MOI** : L'enseignement du calcul de dose est traité uniquement en semestre 2 en
712 pharmacologie, avant d'être réinterrogé dans tous les processus ?

713

714 **F3** : Dans l'UE 4.4.S2, après dans toutes les 2.11, et puis après en S4 et S5 dans les 4.4 et
715 tous les processus on donne des calculs de dose à réaliser.

716

717 **MOI** : En évaluation, vous évaluez si le résultat est juste ou faux ?

718

719 **F3** : Oui le résultat est le raisonnement.

720

721 **MOI** : Vous analysez les résultats de ces évaluations? Si vous repérez qu'un étudiant se
722 trompe régulièrement, quand faites-vous ?

723

724 **F3** : Alors déjà il y a une évolution, car avant, si un étudiant se trompait dans un calcul de
725 dose, c'était zéro à la copie. Aujourd'hui c'est zéro à la question qui cependant a une
726 pondération assez élevée. Donc ça lui laisse la possibilité de valider son UE s'il répond
727 correctement aux autres questions de processus.

728 En revanche dans les UE 4.4, s'il a faux au calcul de doseson UE n'est pas validée.

729 Après on leur propose des soutiens au calcul de dose, ils sont réalisés par une collègue qui
730 enseigne les UE de pharmacologie, chacun s'inscrit en fait comme il le souhaite sur la base du
731 volontariat.

732 Après ceux qui sont identifiés comme ayant des difficultés par rapport au calcul de dose, on
733 va adapter la ligne de stage, pour qu'il puisse pratiquer des calculs de doses régulièrement, et
734 ça peut aussi nous arriver en suivi pédagogique, de leur demander de refaire des calculs de
735 dose.

736 On se rend compte aujourd'hui, que dans les évaluations certains étudiants ne font pas les
737 calculs de dose. Plutôt que d'avoir faux ils ne font pas le calcul de dose. Donc ces étudiants-là,
738 on les identifie et on leur demande de faire des calculs, devant nous.

739

740 **MOI** : Et dans ces situations qu'est-ce que vous interrogez plus particulièrement ?

741 **F3** : Le raisonnement, après pour l'instant ils n'ont pas le droit à la calculatrice, c'est du calcul
742 mental. Moi je suis assez partagée par rapport à ça : en service ils ont les calculatrices.

743

744 **MOI** : Oui en fait ta calculatrice ne fait pas le raisonnement ?

745

746 **F3** : Oui tout à fait. À cause des échecs en calculs de dose, il arrive après que les étudiants
747 redoublent parce qu'ils n'ont pas validé l'UE 4.4 et les autres processus. Ils ne totalisent pas
748 tous leurs ECTS.

749 Avant quand on a mis le référentiel en place il n'y avait que dans l'UE 2.11 où il y avait des
750 calculs de dose.

751

752 **MOI** : Dans les erreurs d'administration médicamenteuse, il y a des erreurs de calcul de dose
753 mais pas que... ?

754

755 **F3** : Oui tout à fait, il n'y a pas que des erreurs d'administration médicamenteuse liées au
756 calcul de dose, il y a aussi des erreurs au niveau des verrous qui ne sont pas respectés.

757 Bien souvent il y a une erreur de personne, identitovigilance.

758

759 **MOI** : Est-ce que lorsque vous travaillez des situations d'erreurs vous questionnez tous les
760 verrous ?

761

762 **F3** : Oui systématiquement, et il y a des étudiants qui sont absolument pas rigoureux, et ça
763 c'est très facilement identifiable. Ils ne prennent pas conscience de risque qu'ils font courir au
764 patient.

765

766 **MOI** : Bien, je vais terminer cet entretien. Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

767

768 **F3** : Non, je crois que je vous ai dit l'essentiel. En tout cas le sujet est hyper intéressant ...Car
769 on se rend compte qu'il y a encore comme une dénégaration de l'erreur, comme si on sait
770 qu'elle existe, mais qu'il faut mettre un mouchoir dessussur le terrain.

771

ANNEXE 4

ENTRETIEN FORMATEUR 4

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34

MOI : Bonjour, je vous propose de nous entretenir sur un temps de 45 minutes en me centrant sur l'objet de mon mémoire qui est l'accompagnement de l'étudiant infirmier 3A dans le cadre d'une erreur d'administration médicamenteuse. Donc mon sujet de mémoire est centré sur l'accompagnement, étudiant infirmier, l'erreur d'administration médicamenteuse à l'aube de l'obtention de son diplôme.

F4 : Humm.

MOI : L'étudiant progresse ou pas au cours de ses trois années de formation et un moment donné l'erreur arrive malgré un accompagnement. Comment le formateur accompagne ce moment précis ?

Alors ma première question est la suivante : en tant que formateur que mettez-vous sous le terme erreur ? Est-elle traitée dans des dispositifs d'apprentissage ? et quand elle arrive en semestre 5 ou 6 quand fait-on ?

F4 : Alors là il y a deux versants, donc effectivement on a des étudiants dont on a connaissance...car c'est ça aussi, dont on a connaissance d'une erreur faite en stage. Le plus souvent ce sont des erreurs qui concernent les thérapeutiques.

Alors faut-il en avoir connaissance ? Par l'étudiant, par le tuteur de stage ?

Faut-il que ça soit identifié comme une erreur ? Heu Notamment par les terrains de stage, ça ne doit pas être quelque chose qui puisse arriver et être banalisé. Et puis, le traitement de cette erreur va dépendre de plusieurs facteurs :

- L'erreur est dissimulée par l'étudiant et on en a connaissance par le terrain de stage qui nous appelle en disant "voilà il y a une telle et telle chose".
- L'erreur nous est rapportée par l'étudiant au cours de son stage.
- Et puis parfois on a connaissance de l'erreur, très en aval du stage. Au cours d'enseignement, quand on dit "c'est une erreur qui peut arriver" et là on a quelqu'un qui nous dit " ah oui ça m'est déjà arrivé".

MOI : En cours de TD ?

35 **F4** : Oui voilà en TD, alors c'est assez rare.... Mais je pense que quand ils ont confiance en
36 eux et au groupe de TD, ça peut permettre l'expression. Parfois on en a connaissance lors du
37 suivi pédagogique, mais ça n'a pas été traité ni signalé par le terrain de stage.

38 Il y a plein de façons d'avoir connaissance ou de ne pas avoir connaissance de l'erreur. Après
39 le traitement va dépendre de de la gravité de l'erreur et du traitement qui a été fait en stage.

40 On a parfois des terrains de stage qui nous appelle pour dire “ il y a eu telle erreur, mais
41 finalement c'est parce qu'à la première et à la deuxième il n'y a pas eu de lien justement”.

42

43 **MOI** : Vous dites première erreur, deuxième erreur ?

44

45 **F4** : La première erreur est traitée comme un accident par le terrain de stage, la deuxième
46 aussi, et c'est à la troisième qu'ils appellent l'IFSI ... Mais en amont, voilà....

47 Et après ça va dépendre du traitement de l'erreur qui est fait au sein de l'établissement :

48 Est-ce que l'erreur a été signalée ? A-t-on fait une fiche d'événement indésirable ? Est-ce que
49 c'est quelque chose qui va être étudié en CRECS ? Ce n'est pas toujours le cas et puis
50 systématiquement on demande un rapport circonstancié aux équipes pour qu'on puisse en faire
51 quelque chose, et peut-être invalider le stage ou demander au jury final de se prononcer en
52 terme de validation si on estime que le danger est réel pour le patient parce que c'est quand
53 même ça qui nous guide, tout le temps.

54 Le patient... qu'est-ce qu'il lui arrive ? Qu'est-ce qu'on lui a dit ? Quelles sont les
55 conséquences ?

56 Et si on emmène un étudiant jusqu'au diplôme, en tant que jeune professionnel, aura-t-il une
57 pratique sécurisée pour le patient? C'est quand même avant tout ça qui nous guide.

58

59 Alors quand on en a connaissance très à distance, ben euh On ne peut pas en faire grand-
60 chose si ce n'est que essayer de décortiquer cette erreur pour être sûr qu'elle soit comprise.

61

62 **MOI** : Qu'entendez-vous par distance ?

63

64 **F4** : Ca peut être 2 mois, 3 mois, un an après.

65

66 **MOI** : Et quand vous dites “décortiquer”, comment vous y prenez-vous ?

67

68 **F4** : Par exemple si on est dans le cadre de la gestion des risques en fin de 2e Année en 3e
69 Année en UE4.8 sur « l'analyse des pratiques » ... et bien on essaie de voir les tenants et les
70 aboutissants, les conséquences pour le patient, les conséquences pour l'étudiant et puis d'en
71 faire quelque chose de positif quand même.

72 Travailler que sur la culture de l'erreur, et peut-être heu Enfin moi j'ai toujours peur qu'en
73 se focalisant sur la culture de l'erreur,..... enfin ne travailler que par les erreurs, ils ne
74 retiennent que l'erreur est pas les bonnes pratiques.

75 À côté de ça dans les TD, dans les enseignements, on travaille sur l'erreur : dans les UE 4.5
76 qui sont les UE de gestion des risques. Bien sûr qu'on parle d'erreur de thérapeutique, nous on
77 aime bien aussi parler d'erreur relationnelle c'est-à-dire quand on n'a pas le vocabulaire adapté
78 quand on n'a pas le discours adapté, la distance relationnelle adaptée. C'est aussi des erreurs
79 qui peuvent avoir des conséquences majeures.

80 On insiste beaucoup notamment dans tout ce qui est..... relationnel notamment avec les
81 personnes qui ont des problèmes relationnels comme les personnes démentes... l'erreur
82 relationnelle peut-être lourde de conséquences.

83

84 **MOI** : Quand vous dites que vous parlez d'erreur thérapeutique dans la 4.5, parlez-vous de la
85 chambre des erreurs ?

86

87 **F4** : Non, c'est en 4.8, la chambre des erreurs. En 4.8 dans la qualité des soins et l'analyse des
88 pratiques, une chambre des erreurs, qu'ils FONT (monte le ton) expérimenter à leurs
89 collègues de 1re et 2e Année, à la promotion aide-soignant... et jusqu'à l'an dernier, il avait
90 invité des professionnels de l'hôpital à venir participer à la chambre des erreurs. Au départ on
91 leur impose des erreurs.

92

93 **MOI** : Qui ? vous les formateurs ?

94

95 **F4** : Oui par exemple en hémovigilance on va mettre une carte de contrôle ultime dont
96 l'interprétation n'est pas notée et qui n'est pas signée par le transfuseur, et puis ils vont devoir
97 documenter l'erreur, c'est-à-dire aller voir c'est quoi cette erreur, c'est quoi les bonnes
98 pratiques, qu'est-ce qu'en disent les auteurs, les gens qui ont travaillé scientifiquement sur
99 cette affaire.

100 Ils mettent en œuvre la chambre des erreurs et ensuite ils font toute l'analyse, et ils font toute
101 l'analyse en mettant des hypothèses sur par exemple la carte de contrôle ultime.

102 Les premières années ne repèrent pas cette carte n'est pas bien remplie... donc ils vont
103 émettre des hypothèses de méconnaissance, de surprise par rapport à cette carte, de mauvaise
104 lecture de cette carte. Donc ils vont mettre des hypothèses et des pistes de réajustement
105 possibles.

106

107 **MOI** : D'accord.

108

109 **F4** : Donc on essaie d'aller jusqu'au bout de la démarche. par exemple il y a 2 ans, en
110 matériovigilance on avait décidé qu'il y avait un pousse-seringue qui n'était pas branché,
111 donc...euh ... ils ont exploré toutes les conséquences pour le patient, et ils ont proposé d'avoir
112 des petites étiquettes rouges, où s'est marqué" pas branché EGAL pas administré». Et en fait
113 le monsieur de la matériovigilance nous a dit" ça... ça nous intéresse, on pourrait le coller sur
114 tous les pousses seringue".

115

116 **MOI** : Donc ce sont des étudiants qui montrent la chambre des erreurs en fonction de votre
117 commande ?

118

119 **F4** : Oui.

120

121 **MOI** : Mais est-ce que les 3^e année testent cette chambre des erreurs ?

122

123 **F4** : Ils la testent auprès des professionnels de l'IFSI, ils réajustent ensuite ils la mettent en
124 œuvre avec les 1^{re} année, 2^e année, promo aide-soignante, et professionnels de l'hôpital.

125

126 **MOI** : Ils construisent le dispositif mais ne participent pas ?

127

128 **F4** : Eux, l'ont découverte l'an dernier, quand ils étaient en deuxième année.

129

130 **MOI** : Ah oui, d'accord.

131

132 **F4** : Donc ils ont une idée de ce que c'est qu'une chambre des erreurs. Dans le premier TD on
133 leur explique bien comment la chambre des erreurs fonctionne, ce qu'on en attend.

134

135 **MOI** : Donc quel est l'objectif de ce dispositif ?

136 **F4** : C'est de faire une analyse de pratique. C'est-à-dire qu'elles sont les écarts par rapport à
137 un référentiel donné, et puis c'est comprendre les objectifs de la démarche qualité pour un
138 établissement. Ils analysent chaque erreur.

139

140 **MOI** : Parce qu'il peut y en avoir plusieurs ?

141

142 **F4** : Il y a celles qui leur sont imposées, et quand ils le mettent en place, ils testent, ils
143 réajustent mais il y a toujours des erreurs qu'ils n'ont pas vues et ça les participants arrivent
144 bien à les repérer. Par exemple l'an dernier, on avait une télécommande inaccessible, donc ils
145 avaient bien fait attention de mettre la télécommande au pied du lit et ils n'avaient pas repéré
146 qu'il y en avait une deuxième à la tête du lit. Ça permet de faire une vraie analyse avec des
147 résultats chiffrés. Ils nous présentent les résultats sous forme de synthèse, avec des
148 graphiques.

149

150 **MOI** : Ce TD se fait en plusieurs séances ?

151

152 **F4** : Il se fait sur 3 semaines, un semestre 6. En semestre 4 dans le cadre de la gestion des
153 risques, on fait systématiquement de l'analyse avec la méthode alarme, on fait de l'analyse
154 d'erreurs et notamment d'erreur l'administration médicamenteuse.

155 On a une erreur d'injection d'héparine...de mémoire...une erreur de méthotrexate donné dans
156 le cadre d'une polyarthrite avec une méconnaissance de l'infirmière qui va donner 3
157 comprimés tous les jours au lieu de 3 comprimés par semaine.

158 On a eu un cas d'erreur de transfusion sanguine, c'est-à-dire deux transfusions simultanées,
159 différées, dans le même service par la même infirmière qui va aboutir à une erreur.

160

161 **MOI** : Ce sont des erreurs réelles ?

162

163 **F4** : Oui, alors celle de la transfusion je l'avais prise sur le site de l'INTS, et puis les autres je
164 me sers d'un site qui s'appelle..... je ne m'en rappelle plus.....Ce sont des erreurs qui ont
165 été documentées et qui sont sur le site à des fins de pédagogie.... je vais regarder tout de suite
166 sur ordinateur, j'y suis allé cette semaine.....

167 J'ai peut-être un historique quelque part..... je vous la trouve tout à l'heure.

168 En fait ce sont des situations qui sont réelles et puis je demande à notre responsable qualité de
169 m'envoyer quelques fiches d'événements indésirables qui ont été analysées.

170 Permet de travailler sur des choses réelles qui ont du sens pour eux, parce qu'en fait, c'est ça.
171 Si on monte de toute pièce une erreur, je pense qu'on est peu crédible, et puis ça n'a pas de
172 sens pour les étudiants. Il faut des choses qu'ils peuvent rencontrer, qu'ils peuvent.....

173

174 **MOI** : Des erreurs qui reflètent des situations de terrain ? Des situations qui leur permettent
175 de dire ah bah oui ça me parle ?

176

177 **F4** : Oui c'est ça, c'est ça. Et en semestre 4 quand on fait des analyses d'événements
178 indésirables parce que c'est le référentiel qui nous le demande, c'est intéressant de travailler
179 sur l'erreur mais aussi de travailler sur les causes de l'erreur.

180 Et on va chercher vraiment les causes racines pour bien prouver que, bien sûr l'infirmière a
181 une responsabilité dans l'erreur... ça lui enlève rien d'aller chercher toutes les causes... ça ne
182 lui enlève rien de sa responsabilité mais elle est rarement la seule responsable.

183 Il y a des tas de facteurs sur lesquels on peut travailler ou pas mais qu'il faut connaître pour
184 que.... cette erreur soit.... non pas minimisée mais ramenée à sa juste valeur et non pas
185 ramenée à une simple idiote qui n'a pas su compter.

186

187 **MOI** : Comment traitez-vous les causes ?

188

189 **F4** : Et bien moi je me sers de la méthode alarme, où on a les facteurs liés au patient, les
190 facteurs liés à l'infirmière, un l'environnement, à l'équipe de travail, à l'organisation.

191 Heu..... c'est intéressant parce que, par exemple dans l'analyse de la transfusion sanguine, on
192 est dans un service donc en hémato... il y a une patiente qui a une leucémie et l'autre qui a une
193 autre pathologie qui nécessite des transfusions régulières.

194 Ce sont des patientes qui sont bien habituées à leur transfusion et qui demandent à différer
195 leur transfusion ...si on n'est pas habitué à être hospitalisé et à être transfusé, jamais on irait
196 négocier l'heure de la transfusion.

197 Voilà ça c'est vraiment un facteur lié au patient qui va avoir un impact majeur sur le travail de
198 l'infirmière. Du coup on travaille aussi sur la négociation de l'heure, avec les étudiants.

199 On va un peu plus loin sur les pistes de réajustement, c'est-à-dire en tant qu'infirmier" qu'est-
200 ce que je dois prendre en compte pour pouvoir avancer sans commettre d'erreur.

201

202 **MOI** : Donc l'idée c'est bien que sur le terrain l'erreur ne doit pas apparaître... Est-ce que
203 l'étudiant doit se donner les moyens de ne pas réaliser d'erreurs, en sachant qu'on sait qu'elle
204 peut arriver ?

205

206 **F4** : Oui c'est ce qu'on met en amont.

207

208 **MOI** : D'accord mais malgré ces précautions donc elle peut arriver et que faites-vous quand
209 l'erreur se produit ? En amont si j'ai bien compris il y a donc ces deux dispositifs ...la
210 chambre des erreurs et l'étude de l'arbre des causes en S4 et en S6.

211

212 **F4** : Oui mais il n'y a pas que cela, c'est traité aussi dans les unités d'enseignement de
213 pharmacologie, notamment avec tout ce qui est calcul de dose.

214 Dans les 4.4 qui sont les pratiques professionnelles par exemple la transfusion, injection dans
215 les chambres implantables, on fait des TD, on essaie de mettre en place des choses pour
216 répondre à la commande "jamais la première fois sur le patient".

217 On se sert de simulation, enfin On a différentes méthodes pédagogiques pour essayer de
218 travailler des bonnes pratiques en amont du terrain.

219

220 **MOI** : Vous parlez des calculs de doses, vous avez des erreurs de calcul de dose ?

221

222 **F4** : En TD, les erreurs de calcul de dose c'est parfois des erreurs de calcul basiques parce
223 qu'ils ne savent pas forcément leurs tables de multiplication, c'est plus à la mode dans les
224 apprentissages.... Mais ils ont droit à une calculette. C'est aussi des erreurs de compréhension
225 de l'exercice qui leur est demandé.

226

227 **MOI** : Des problèmes de compréhension de l'énoncé ?

228

229 **F4** : Oui, par exemple, quand on a un protocole d'héparine avec un protocole de dilution et
230 qu'on donne une dose à administrer, et bien des fois il n'y a pas de lien entre la dose à
231 administrer et le protocole qui est à mettre en place.

232 Qu'est-ce qu'on travaille encore un amont ?.....heu

233 Dans tous les processus on essaie de bien dire il faut que l'anatomie et la physiologie
234 soient bien comprises pour comprendre comment ça dysfonctionne.

235 En fait je pense qu'on met le focus sur quelques unités d'enseignement mais le dispositif en
236 amont est là pour que l'erreur n'arrive pas.

237

238 **MOI** : C'est-à-dire ?

239

240 **F4** : Heu Moi j'ai l'impression que tout le dispositif est fait pour ça, mais par contre on a
241 une activité, on a une activité professionnelle qui fait que, on n'est pas à l'abri d'une erreur.

242

243 **MOI** : Oui c'est un métier de l'humain et donc l'erreur peut arriver à l'hôpital, on sait aussi
244 qu'il est arrivé à tous les professionnels de commettre des erreurs.

245

246 **F4** : Oui c'est ça.

247

248 **MOI** : On les prépare à éviter l'erreur, et un jour on se demande pourquoi ils commettent les
249 erreurs avec tous les outils qu'on a pu leur donner.

250

251 **F4** : Oui c'est ça...malgré tout ce qu'ils maîtrisaient correctement à l'IFSI, qu'est-ce qui a fait
252 que sur le terrain ils ont commis une erreur.

253

254 **MOI** : On sait qu'il existe une culture de l'erreur dans les IFSI et que les étudiants doivent la
255 déclarer, on peut se demander comment ils l'entendent ?

256

257 **F4** : Alors, il y a aussi de la marge entre ce qu'on dit et comment c'est perçu parce que...bien
258 sûr...qu'on a des établissements où on dit "il faut déclarer" mais on voit quand même fleurir
259 dans un certain nombre de centres hospitaliers des chartes pour que celui qui déclare ne soit
260 pas incriminé et stigmatisé.

261 J'ai vu arriver ça sur certains centres hospitaliers qui produisent des chartes de non-agression,
262 on va dire,(rire) à celui qui déclare.

263 Une erreur il faut l'assumer, quoi. Il faut l'assumer... nous, on insiste beaucoup sur le fait
264 qu'elle peut arriver et surtout qu'il faut déclarer le plus tôt possible au médecin, pour pouvoir
265 mettre le plus tôt possible des barrières de sécurité pour minimiser l'impact.

266 Voilà, après je pense aussi que ça dépend de l'encadrement qu'ils ont sur les terrains de stage,
267 et de la relation qu'ils ont avec leur tuteur, avec leur..... Infirmier ou infirmière de proximité

268 parce que ça ne sert à rien de brailler sur un étudiant en disant que c'est un incapable,
269 l'important c'est de toute de suite, ramener l'erreur au patient pour pouvoir la traiter au mieux.
270 Dans les réunions de tuteur on essaie d'insister en disant que l'encadrement ça veut dire :
271 "accompagnement".

272 L'accompagnement c'est pas.... Alors bien sûr c'est toujours valorisant pour l'étudiant de le
273 laisser autonome mais nous on n'arrête pas de dire que l'autonomie ça ne veut pas dire la
274 solitude. L'autonomie de décision, l'autonomie d'organisation mais contrôlée... le tutorat
275 n'exclut pas le contrôle

276

277 **MOI** : Vous parlez d'accompagnement, pouvez-vous m'expliquer comment vous
278 accompagner les étudiants ? Avez-vous les mêmes étudiants pendant 3 ans ?

279

280 **F4** : Alors au niveau du suivi pédagogique nous gardons les mêmes étudiants pendant les 3
281 années. Par contre en visite de stage pour aller faire de la démarche clinique, ce ne sont pas
282 forcément nos étudiants que nous allons voir... On se répartit les lieux de stage, en fonction
283 de notre lieu d'habitation car nous avons des terrains de stage très éloignés de l'IFSI.

284

285 **MOI** : Vous êtes référent de certains terrains de stage ?

286

287 **F4** : Alors, on essaie d'être référent de terrain de stage... alors en fonction des changements
288 dans l'équipe, ça change... on va plutôt voir les étudiants sur les mêmes terrains de stage. Ça
289 permet aux équipes de nous identifier, d'avoir des relations privilégiées en tout cas que
290 j'aimerais qu'elles soient privilégiées... et d'avoir peut-être.... une facilité aussi pour nous,
291 par exemple je suis allée voir ce matin une tutrice que je connais bien en disant qu'il fallait
292 que l'encadrement soit plus resserré pour une étudiante, en particulier...une étudiante que l'on
293 sent en difficulté.

294 Et puis quand une erreur est arrivée et qu'on en a connaissance par le terrain de stage.....

295 Quand il y a une erreur en stage et que l'étudiant ou le terrain de stage nous prévient. Ce sont
296 des étudiants qui sont revus au moins, par le référent pédagogique, puis par la coordinatrice
297 pédagogique et la directrice de l'établissement.

298

299 **MOI** : D'accord, et qu'est-ce qu'il se dit avec la coordinatrice pédagogique et la directrice ?

300

301 **F4** : Alors, on essaie de débrouiller déjà un peu l'affaire, C'est-à-dire d'essayer de comprendre
302 ce qui s'est passé.

303 On demande à l'étudiant, systématiquement, de faire une analyse réflexive avec la méthode
304 qu'il veut... Alors moi je le rappelle, quand c'est des étudiants à moi, Je le rappelle qu'on a
305 étudié une méthode d'analyse des erreurs dans la gestion des risques et que ça peut être aidant.
306 Cette analyse on la lit et si elle ne nous convient pas (elle articule ce verbe en détachant
307 chaque syllabe) ...(rire) ... en terme de réflexivité, on demande une deuxième version après
308 commentaire de la première. Le but est d'ancrer les facteurs qui ont amené à cette erreur et
309 parfois de relativiser aussi Parce que les étudiants

310

311 **MOI** : Comment sont les étudiants dans ces situations d'erreurs ?

312

313 **F4** : Souvent, ils sont quand même dans un sentiment de malaise assez important, et heu....
314 voilà, notre job c'est de ne pas leur mettre la tête sous l'eau.

315 C'est de voir ce qui a été, ce qui n'a pas été et puis de pouvoir en faire quelque chose
316 derrière.... C'est les amener à être responsable.

317 Alors parfois ça amène à la non validation du stage, parce que quand la prise de recul n'est pas
318 effective, où quand l'erreur est grave, ou quand l'erreur est répétée... et bien un moment donné
319 il faut de toute façon que l'étudiant prenne conscience de cette erreur.

320

321 **MOI** : Alors justement quand un étudiant commet une erreur d'administration
322 médicamenteuse, comment accompagnez-vous ? Que mettez-vous sous le terme
323 accompagnement ?

324

325 **F4** : Alors, on a un dispositif dans cet IFSI, heu ... on propose à cet étudiant qui a commis une
326 erreur, un contrat pédagogique. Ce contrat pédagogique n'a la valeur que la valeur qu'on lui
327 donne. Ça engage l'Institut, ça engage le référent pédagogique et ça engage l'étudiant.

328 Ça permet d'avoir un suivi plus rapproché de l'étudiant car on a que deux temps de suivi
329 pédagogique par an, à chaque semestre. Ça nous permet de mettre un temps de suivi
330 pédagogique tous les mois, ou s'il y a une problématique très importante tous les 15 jours.
331 Mais c'est surtout ne pas lâcher l'étudiant dans la nature, j'ai envie de dire.

332 Et dans ce temps on va travailler, par exemple, la confiance en soi, le positionnement, la
333 démarche clinique. Tout dépend de la difficulté de l'étudiant.

334

335 **MOI** : A quel moment vous établissez ce contrat pédagogique ?

336

337 **F4** : On le propose après le rendez-vous qui a lieu avec la directrice. Après l'étudiant se
338 l'approprie ou pas, il vient ou il ne vient pas au rendez-vous.

339

340 **MOI** : Ça permet donc de les rencontrer plus que 2 fois par an ?

341

342 **F4** : Oui.

343

344 **MOI** : Donc c'est vous qui planifiez ces temps de rencontres en fonction de là où en est
345 l'étudiant ?

346

347 **F4** : Oui c'est ça. Moi je trouve que ce dispositif-là est intéressant. Il a un biais, c'est très
348 chronophage pour le formateur mais pour l'étudiant, après une erreur, ça peut lui permettre de
349 reprendre confiance en lui et de retravaillerParce que après une erreur ils sont très peu
350 sûrs d'euxheu Ce qui pourrait être pris pour un manque de connaissance dans une
351 équipe quand l'étudiant vérifie plusieurs fois une prescription médicale on travaille
352 plutôt sur la place de l'étudiant dans l'équipe, comment il peut solliciter les professionnels, et
353 qu'est-ce qu'il peut mettre en place comme outil pour pouvoir, ne pas aller à l'erreur..... cette
354 fois.

355

356 **MOI** : Quand vous dites : on travaille la confiance en lui...

357

358 **F4** : C'est l'étudiant qui la travaille sa confiance en lui (rire)

359

360 **MOI** : Cette confiance peut être abusive ?

361

362 **F4** : Souvent ils nous montrent qu'ils sont très très confiants en eux mais dès qu'on va un petit
363 peu plus loin, on s'aperçoit que c'est souvent un mécanisme de défense.

364

365 **MOI** : Et dans le cas où ils n'ont plus confiance en eux vous leur demandez de mobiliser des
366 outils... Pouvez-vous m'expliquer ce que vous faites ?

367

368 **F4** : Alors par exemple moi je lui demande qu'est-ce qu'il va mettre en place.... donc c'est
369 pareil aussi dans l'accompagnement Il faut orienter aussi..... (rire).... parce que c'est aussi
370 notre travail de pouvoir les guider, et quand on sent une fragilité importante et bien on leur
371 donne notre aide mais aussi peut-être de consulter la psychologue du travail.

372 Comme dans tous les IFSI je suppose on a des étudiants qui sont en grande fragilité.

373

374 **MOI** : Ca peut expliquer qu'ils ont la tête ailleurs et qu'ils se mettent en situation d'erreur ?

375

376 **F4** : C'est ça c'est ça. Situation familiale compliquée qui empêche la concentration par
377 exemple, ou des étudiants qui sont en grande difficulté financière, en précarité..... j'ai envie
378 de dire et heu qui travaillent la nuit et qui vont en stage le jour.

379 ça participe quand même au manque de concentration nécessaire, notamment, à
380 l'administration des thérapeutiques.

381

382 **MOI** : En parlent-ils aisément de leur situation personnelle ?

383

384 **F4** : Ah !... Souvent on sent les choses....

385

386 **MOI** : Est-ce que vous vous permettez d'entrer dans leur vie privée pour peut-être avoir des
387 explications sur la survenue d'une erreur ?

388

389 **F4** : Et bien c'est ça, jusqu'où peut-on aller ? Jusqu'où on est formateur ? Moi je leur ai dit
390 souvent "je suis formatrice, infirmière de formation, et pas psychologue, et pas thérapeute".

391

392 **MOI** : On peut se dire que si on ne va pas sur ce terrain-là, il peut se remettre en danger au
393 stage suivant ?

394

395 **F4** : Oui c'est pareil.

396 Nous on leur dit facilement "est-ce que vous avez vu toutes les aides possibles», on les dirige
397 vers Pôle emploi, des associations, vers le CROUS pour des demandes de bourses..... et
398 financièrement c'est compliqué pour certains.

399 Euh On a aussi une difficulté, peut-être que vous rencontrez aussi, c'est qu'on a des
400 étudiants qui viennent hors régions et qui sont assez isolés familialement, et quand il rentre
401 chez eux le soir ils sont seuls. Et ça c'est quelque chose d'un petit peu compliqué.

402 En 3e Année ils se sont fait un réseau étudiant ce qui peut les aider... mais il n'existe pas en
403 première année et peu en deuxième année.

404

405 **MOI** : En matière d'accompagnement est-ce que vous tenez compte de leurs besoins ? Il y a-
406 t-il quelque chose de posé concrètement, les concernant ?

407

408 **F4** : En suivi pédagogique, par exemple, je leur demande... Alors je ne vais pas chercher si
409 l'on trois frères quatre sœurs... Mais plutôt s'ils ont des ressources familiales, amicales, est-ce
410 qu'ils connaissent d'autres étudiants, s'ils travaillent en groupe au sein de l'IFSI ou en
411 dehors de l'IFSI... Ainsi que si toutes ces conditions ne sont pas réunies et bien les
412 connaissances théoriques ne seront pas mémorisées.

413

414 **MOI** : Dans le contrat pédagogique, vous dites que vous travaillez la posture, comment vous
415 vous y prenez pour leur faire prendre conscience de cette posture attendue ? On leur dit
416 souvent il faut avoir une posture professionnelle, à votre avis comment peuvent-ils avoir cette
417 posture professionnelle ?

418

419 **F4** : (rire)..... Parfois c'est un peu rude pour eux quand ils entendent que la posture est
420 inadaptée. Souvent quand on a un problème de posture inadaptée en stage, on a un problème
421 de posture inadaptée à l'IFSI, avec des étudiants qui sont pas ou trop dans le relationnel
422 Enfin comment dire ça..... ils veulent être copain avec tout le monde où il y a aussi les
423 étudiants qui veulent faire plaisir à tout le monde ... et ça peut conduire à l'erreur ça aussi. par
424 exemple dans une équipe, il veut répondre à toutes les sollicitations quitte à se mettre en
425 difficulté...

426

427 **MOI** : Comment accompagnez-vous cette posture ?

428

429 **F4** : On la travaille en 3e Année, dans l'UI de semestre 6 mais aussi dans d'autres UE, dans
430 l'UE 4.2 en soins relationnels avec tout ce qui vient parasiter les infirmiers, dans l'UE 5.6, on
431 travaille le positionnement ; on a demandé à nos collègues sur le terrain de nous raconter des
432 situations sur les transmissions ou autres, on leur demande de mettre en œuvre un petit jeu de
433 rôle en fonction de la situation qu'on leur propose, et ensuite on débriefe.

434 Dans ce cas on travaille le positionnement de l'infirmier, en semestre 6, c'est une façon de
435 traiter déjà des situations problématiques de positionnement avant la prise de poste.

436 Par exemple : je prépare les médicaments, le téléphone sonne... le médecin entre dans la
437 pièce et demande d'aller faire, tout de suite, la visite. la collègue aide-soignante demande de
438 venir voir un talon rouge d'un patient... Et on leur demande ce qu'ils font : est-ce que je
439 continue de distribuer les médicaments sans répondre aux autres sollicitations, est-ce que je
440 mets mon gilet ?...

441

442 **MOI** : Donc il joue la situation et lors du débriefing ils se posent les questions ?

443

444 **F4** : Oui ensemble on essaie de chercher la moins pire (rire) ou la meilleure solution possible.
445 Ou en tout cas celle qui est la plus acceptable dans leur position à eux (article +++) (44"31)
446 Par exemple ils disent : c'est quand même difficile, ou quand on est jeune diplômé de dire au
447 médecin "je ne suis pas disponible".

448

449 **MOI** : Oui, ou quand l'infirmière leur demande d'injecter un médicament qu'elle a préparé,
450 elle... c'est dur pour eux de dire "non".

451

452 **F4** : Oui c'est ça, c'est ça.

453

454 **MOI** : Est-ce que vous travaillez avec eux le fait de s'autoriser à dire "non" ?

455

456 **F4** : On le fait dans les entretiens de suivi pédagogique...

457

458 **MOI** : Est-ce abordé systématiquement avant chaque stage ?

459

460 **F4** : Avant chaque stage non mais c'est abordé dans les TD de gestion des risques. Après c'est
461 leur propre capacité à pouvoir se positionner.

462

463 **MOI** : Est-ce que vous leur demandez d'écrire leur manque, leurs difficultés, pour être le
464 professionnel attendu ?

465

466 **F4** : Un écrit individuel, non. On essaie d'aborder, dans les bilans de semestre, et notamment,
467 alors c'est vrai que c'est un peu tard, c'est dans le semestre 6 où on essaie de leur demander,
468 ce quia été aidant dans la formation, ce qu'ils auraient aimé trouver. Bon les bilans de
469 semestre, ça nous aide à réadapter les années suivantes.

470

471 **MOI** : Quand vous dites "c'est un peu tard", "c'est un peu tard" pour l'étudiant ?

472

473 **F4** : oui c'est ça. Et puis un semestre 6 dans l'UI 5.6 : on organise une table ronde avec des
474 jeunes professionnels, c'est-à-dire les diplômés de l'an dernier... ils vont venir causer à ces 3e
475 année-là, sur ce qui a été aidant, difficile dans la prise de poste, sur quoi il faut être vigilant.
476 C'est quelque chose que les étudiants apprécient plutôt. Donc il y a une trame de préparation
477 pour cette table ronde, et on leur demande d'être assez libre dans la parole, c'est dépassé un
478 cadre idyllique dans un monde de théorie, mais bien d'avoir une vision assez objective...
479 Qu'est-ce qui a été facile, qu'est-ce qui a été aidant. L'idée c'est d'aider les étudiants 3e
480 année à la prise de poste.

481 Notre idée, c'est d'axer le semestre 6 sur la prise de poste, la recherche d'emploi et dans ce
482 cas-là on leur dit de peut-être privilégier les postes dans lesquels ils ne se sentent pas en
483 insécurité. C'est à dire, accepter un poste dans lequel il ne serait pas en exercice isolé parce
484 que quand je suis tout seul dans mon EHPAD comme infirmière où tout le monde compte sur
485 moi, je n'aurais pas forcément recours à une collègue de médecine un service qui peut être
486 proche comme par exemple dans notre établissement.... Pour avoir un conseil.

487 Moi je leur dis souvent, en cas de doute, vaut mieux passer pour une cruche que d'aller à
488 l'erreur. Vous risquez quoi, au pire elle vous dit "je n'en sais rien".

489

490 **MOI** : Au niveau didactique, comment présentez-vous l'erreur ? y a-t-il un TD consacré à
491 l'erreur ? Est-elle présentée comme une faute ?

492

493 **F4** : Alors effectivement, il y a un côté explicatif ...heu ... bien faire une différence entre une
494 erreur et une faute, et notamment la faute professionnelle.

495 Mais il n'y a pas de TD particulier, on en parle dans différents TD. Je pense que si on ne
496 faisait plus que des TD basés sur des erreurs on ne donnerait pas envie à nos étudiants
497 d'exercer, c'est dire qu'on a un exercice à risque parce qu'on a une activité qui est de plus en
498 plus numéree, parce qu'il y a des thérapeutiques, on a des patients, et on est dépendant de
499 plein plein de choses.

500 Après il faut avoir conscience que ça peut arriver, et puis on le voit bien qu'en 2e année ça
501 cafouille, et en troisième année ils nous disent " ben non, j'irai pas jusqu'au bout", parce qu'il
502 y a des responsabilités.

503 Le poids (accentue ce mot) de la responsabilité est important, alors après quand le poids de la
504 responsabilité empêche de vivre c'est peut-être plus sage de se poser la question.

505

506 **MOI** : Concernant l'accompagnement d'un étudiant qui a fait une erreur, au final est-ce que
507 chaque formateur accompagne à sa façon ?

508

509 **F4** : Ce n'est pas formateur dépendant car on est aussi soutenu par la coordinatrice
510 pédagogique et la directrice.

511

512 **MOI** : Vous m'avez parlé d'une analyse de pratique que l'étudiant présente devant la
513 Coordinatrice pédagogique et la directrice mais sur le terrain est-ce qu'il présente une analyse
514 de pratique aux professionnels ?

515

516 **F4** : Alors là c'est pareil ça dépend, est-ce qu'il y a une déclaration de faite au service qualité
517on en a pas toujours connaissance.

518

519 **MOI** : Est-ce que ça peut être déclaré sans que vous vous n'en ayez connaissance ?

520 **F4** : Oui c'est déjà arrivé, c'est-à-dire qu'on l'a su à distance. Ça dépend des établissements. Et
521 puis tous les établissements ne sont pas au même point dans la démarche qualité, la culture de
522 la déclaration n'est pas la même partout.

523 Il y a des établissements où on va déclarer des événements indésirables, de thérapeutiques, de
524 logistique, de prise en charge et puis d'autres établissements on déclarera exceptionnellement.

525

526 **MOI** : Est-ce que l'étudiant, un moment donné, confronte son erreur avec ses collègues ?

527

528 **F4** : En tout cas pas de notre fait. Il en parle rarement en promo entière mais plus souvent en
529 petits groupes. Je n'envisage pas de proposer à une étudiante d'en faire un objet de TD.

530 Alors, sans réfléchir, ça me paraît déjà compliqué déjà dans la mesure où l'étudiant a un
531 sentiment de culpabilité d'avoir fait une erreur et de l'étudier avec ses collègues de promo.

532 Non, je ne l'envisagerais pas.

533

1 ANNEXE 5

2 **ENTRETIEN FORMATEUR 5**

3
4 **MOI** : Je vous rappelle le sujet de mon travail de recherche : erreur d'administration
5 médicamenteuse à l'hôpital réalisé par un étudiant infirmier 3e année en semestre 6. Je
6 questionne également l'accompagnement de cet étudiant face à cet événement. J'ai choisi ce
7 sujet après l'avoir constaté plusieurs fois. Est-ce que ça s'explique ? Comment ils sont
8 accompagnés ?

9 Votre collègue que j'ai interviewé tout à l'heure m'a déjà présenté les dispositifs mis en place
10 dans votre IFSI concernant l'erreur et l'apprentissage notamment au niveau de l'unité
11 d'enseignement gestion des risques, ce qu'il existe en matière d'analyse d'erreur sur le terrain.
12 Je vous propose de me parler de l'erreur. Qu'est-ce que vous mettez sous l'erreur de
13 l'administration médicamenteuse ?

14
15 **F5** : Pour moi l'erreur c'est se tromper de manière non intentionnelle. heuen en
16 n'étant pas forcément conscient en plus. Soit l'étudiant s'en rend compte parce qu'on lui dit
17 "là tu t'es trompé" ou "attention c'est pas le bon patient". L'erreur a été commise et on voit les
18 effets sur le patient. Voilà ce que je dirais sur la définition de l'erreur.

19
20 **MOI** : Est-ce un événement pour vous ?

21
22 **F5** : Oui effectivement c'est un événement, et il faut déterminer ce qui a fait événement (2'30)
23 C'est là toute la difficulté quand on est formateur : qu'est-ce qui fait qu'il s'est trompé à un
24 moment donné ?

25 L'idée c'est de ne pas le culpabiliser non plus parce que par rapport à ce que j'ai appris moi,
26 qui commence à dater, et ben ont été mis au banc des accusés. Même si on est bien d'accord
27 que ça doit faire sauter le diplôme, l'idée c'est de comprendre tout le processus qui s'est passé
28 pour que l'étudiant arrive à l'erreur où ce qui ne sait pas passé pour que ça arrive.

29 C'est un peu comme quand on fait la chaîne transfusionnelle il y a un moment on allait se
30 passer des petites choses et puis...heu ...il y a erreur.

31
32 **MOI** : Donc ça questionne un processus ?

33 **F5** : Oui ça questionne un processus, et la culture de l'erreur que l'on voit... enfin d'analyse
34 de l'erreur que l'on voit avec la démarche qualité entre autres, c'est essayer de déculpabiliser
35 « l'acteur » qui a fait l'erreur pour le remettre dans un contexte.

36 À mon avis, c'est pas si simple que ça parce que c'est quand même bien celui qui a fait l'erreur
37 qui se sent coupable alors qu'il ne l'est pas forcément parce qu'il peut avoir des
38 « circonstances atténuantes » ... Mais il se sent coupable.

39 Alors c'est pas tout le temps quand mêmeainsi car on a quand même des étudiants qui
40 minimisent les choses. Quand on le découvre a posteriori... J'ai quelques exemples récents, je
41 ne sais pas si ma collègue vous en a parlé.

42

43 **MOI** : Non.

44

45 **F5** : On a eu 2 exemples, cette année ... enfin jusqu'à il y a 1 an en arrière. Une première
46 étudiante pour laquelle on découvre après le stage, lors du bilan, lors du suivi pédagogique,
47 qu'elle a effectué des erreurs à trois reprises. A aucun moment elle n'a averti l'IFSI. A aucun
48 moment l'infirmière qui l'encadre n'a averti l'IFSI, donc on découvre l'effet bien après l'erreur
49 commise.

50

51 **MOI** : Et c'est l'étudiante qui en a parlé lors du suivi pédagogique en présence d'un formateur
52 ?

53

54 **F5** : Oui, on est en individuel, c'était un suivi pédagogique individuel ; et lors de ce stage il
55 s'est avéré qu'il y avait trois étudiantes qui était passées sur ce terrain de stage au cours de
56 l'année et une étudiante m'a dit que sur ce terrain, elle n'était pas très encadrée et que se
57 retrouvait souvent seul.

58 Alors je lui ai dit : “ à quel moment vous nous avertissez de ça ?”

59 Donc c'est vrai que je la mets devant ses responsabilités par rapport à ça et on apprend que
60 c'est le même lieu de stage où la 3e année a fait des erreurs et ne l'a pas dit.

61 Donc ça a été.... Enfin il n'y a pas eu de dommages majeurs pour les patients, c'était des
62 patients jumeaux et elle s'est trompée de patient. C'était des neuroleptiques donc ce n'était
63 quand même pas rien.

64 Elle n'a pas vraiment, enfin il nous a semblé qu'au départ, elle n'avait pas bien pris la mesure
65 de ses erreurs. Et surtout du fait, nous on se dit que se tromper ça peut arriver
66 malheureusement à tout le monde mais elle ne nous a pas avertis et elle a même dissimulé.

67 Et ça nous ça nous a beaucoup questionné, car on s'est dit : elle est capable de dissimuler
68 autre chose, en tout cas de faire cette hypothèse-là. Donc comme il y a eu, pour d'autres
69 raisons, un stage qui n'avait pas été validé, elle a refait un stage d'été comme il avait été prévu
70 avant cette erreur. Et là on a blindé le stage, c'est-à-dire qu'on a prévenu l'équipe et elle avait
71 des analyses de situation à faire sur ce qu'elle faisait autour des médicaments, en particulier.
72 Avant elle a déjà analysé les erreurs du stage précédent, là où elle en a fait trois et on lui a
73 refait faire des analyses de situation, au cours de son stage d'été, centrées sur la préparation et
74 l'administration des thérapeutiques. Donc....on a renforcé les analyses de situations, moi j'ai,
75 au cours de ce stage d'été, une analyse de situation de transfusion sanguine où elle était seule
76 dans la chambre pendant les 15 premières minutes de la transfusion et quand je lis le
77 document, je me dis "elle ne comprend rien à ce qu'elle surveille".

78

79 **MOI** : C'était un écrit ?

80

81 **F5** : Oui un écrit sur une analyse d'une situation d'application de prescription médicale qui
82 était une transfusion sanguine.

83 Donc en découvrant qu'elle ne paraissait pas tout comprendre, alors je lui ai dit: "Voilà j'ai lu
84 votre travail, il me semble que vous ne comprenez pas ce que vous surveillez..."

85 Elle décrivait, je n'ai pas tout à fait en tête les choses, mais elle décrivait un patient qui
86 commençait une surcharge volémique, qui était en train d'augmenter sa tension artérielle, et
87 elle ne reliait pas ça à la transfusion sanguine.

88 Du coup quand je l'ai revue je lui ai demandé si elle avait validé la 4.4 S4.... et bien non elle
89 ne l'avait pas validée..... Donc tout de suite ça a fait tilt aussi pour moi...

90 Bon là il semble qu'elle est bien mûrie, et ça avance, il en a pris conscience, et on a quand
91 même bien martelé les choses.... Mais surtout sur cet aspect Dissimulation.

92

93 **MOI** : Et c'était un travail d'accompagnement pour vous ?

94

95 **F5** : Oui tout à fait ...ce n'était pas forcément mon étudiante mais comme c'était l'été et qu'on
96 était moins nombreux, c'est moi qui l'ai accompagnée et la collègue qui l'a reprise après le
97 stage lui a refait faire la même chose.

98 Autre exemple que l'on eut récemment : Une étudiante 3 e année donc en stage de rattrapage,
99 l'étudiant..... là aussi, on apprend un peu tardivement.... Parce qu'évidemment ils n'osent

100 pas appeler bien qu'on leur dise qu'il vaut mieux qu'ils nous appellent. Ce sont des consignes
101 qu'on donne avant chaque stage : ” n'hésitez pas à nous appeler, vaut mieux nous prévenir”.

102 Cet étudiant prend en charge un patient de soins intensifs, fait l'accueil du patient,
103 apparemment il y avait deux autres patients qui arrivaient à peu près en même temps... à lui
104 on lui confie un patient... Ça faisait plusieurs semaines qu'il était en stage, a priori ça se
105 passait bien, nous on n'avait pas de nouvelles.

106 Et ... il fait un prélèvement sanguin..... le soir... il envoie les tubes, il range son
107 matériel..... et il s'en vaEt le lendemain, il revient en début d'après-midi. On lui
108 dit:” mais tu avais pas enlever le garrot de la personne, la patiente s'est plainte le matin
109 auprès du médecin et il a demandé depuis quand elle avait le garrot.... Il était pas trop serré
110 mais quand même.

111 Donc ça il ne nous l'a pas dit, c'est le stage qui nous a appelé en disant : ”ça ne va pas du tout”
112 le stage était quasi fini.

113 Et là ce qui s'est passé : c'est que l'étudiant a fait bien sûr une erreur mais il y a eu en plus un
114 problème de cochage du soin sur informatique, et ça ne correspond pas ce que dit l'étudiant :
115 L'étudiant n'avait pas d'identifiant personnel d'étudiant pour accéder à la traçabilité, il était
116 sous couvert d'une infirmière... donc on ne peut pas savoir et en plus, nous on a questionné le
117 fait que ” pas un soignant n'ait vu le garrot avant le lendemain avant que la patiente s'en est
118 plaint.

119 Ça pose quand même une question de surveillance en soins intensifs, de l'ensemble de
120 l'équipe.

121

122 **MOI** : L'étudiant est parti à quelle heure ?

123

124 **F5** : Lui... il était parti à 20h ou 21h le soir...d'accord.....et on a mis toute la faute sur
125 l'étudiant, pour le coup il y a eu un CREPS et toute la faute sur l'étudiant.....bon (en élevant
126 le ton de sa voix)

127

128 **MOI** : Et lui comment s'en sort- il ?

129

130 **F5** : Et bien lui son DE a été différé, forcément.

131

132 **MOI** : Est-ce que c'était sa première erreur ?

133

134 **F5** : En fait on a jamais eu connaissance d'autres erreur, bon.... c'est un étudiant moyen, ce
135 n'est pas un étudiant brillant.... Mais jusque-là.... Voilà...Donc l'erreur voilà...

136

137 **MOI** : Donc je sais qu'il existe des dispositifs pour prévenir cette erreur et malgré ça l'erreur
138 arrive quand même....

139 Est-ce que dans cette situation professionnelle dans laquelle il fait une erreur, est-ce que vous
140 l'utilisez comme situation d'apprentissage ? Situation apprenante ?

141

142 **F5** : Oui tout à fait.

143

144 **MOI** : Que mettez-vous sous le terme accompagnement ?

145

146 **F5** : Alors moi je me base beaucoup sur mon expérience professionnelle pour avoir travaillé
147 avec des personnes en fin de vie. C'est peut-être différent mais il n'empêche que c'est quand
148 même un accompagnement, et "QUE" dans la relation d'aide que j'ai pu mener avec les
149 patients, je transfère beaucoup d'invariants à la relation pédagogique ; en particulier : écoute,
150 essaie de comprendre ce qu'ils ont dans leur tête, quel est le cheminement, où ils en sont dans
151 leurs apprentissages... écoute.

152

153 **MOI** : Le cheminement ?

154

155 **F5** : Oui, c'est-à-dire comment ils apprennent. c'est un gros travail du formateur de savoir
156 quelles sont leurs méthodes d'apprentissage parce que si ça marche et bien tant mieux et si ça
157 ne marche pas comment trouver d'autres méthodes, qu'elles soient plus pertinentes pour eux.
158 et j'avoue que c'est un grand défi tous les jours.

159

160 **MOI** : Qu'est-ce qui est compliqué pour vous ?

161

162 **F5** : la difficulté que nous sommes un petit IFSI situé entre 2 grands IFSI (CHU), donc les
163 candidats qui sont sur notre liste principale ne restent pas forcément chez nous, s'ils ont le
164 choix ils vont dans un plus grand IFSI, et on recrute souvent sur la liste complémentaire des
165 autres IFSI... donc on ne choisit pas, en gros, les étudiants que l'on reçoit.

166 En soit ce n'est pas dramatique, sauf que nous recevons des étudiants de listes
167 complémentaires qui ont un niveau très bas, qui peuvent être en fin de liste complémentaire

168 avec des moyennes qui ne dépassent pas 10 et qui ont souvent des bacs professionnels, on a
169 un tiers de bac S, et quelques généraux ES, L.

170 Du coup, Un niveau d'études de base, plutôt bas.

171 **MOI** : Ça veut dire que dans l'accompagnement, vous adaptez au niveau ?

172

173 **F5** : Du coup on est obligé, pour essayer de maintenir notre niveau d'exigence d'un
174 professionnel compétent qui va nous soigner demain, qui ne se trompe pas, qui résonne, qui
175 s'interroge sur ce qu'il fait, qui ne prend pas pour argent comptant tout ce qu'on lui dit, qui a
176 une pensée critique et tout ça.

177 Ca demande un travail de titan, et on développe au travers du raisonnement clinique, au
178 travers des analyses de situation, au travers des différents UE : comment on monte les TD
179 pour qu'il y ait ce questionnement permanent.

180 Sur des choses, moi je leur dis souvent en pratique..... 1ml égal 20 gouttes..... Ah bon
181 mais qui vous a dit ça ?..... Ils ne répondent : ” et bien c'est vous !” alors je leur ai dit : ” et
182 si je dis des bêtises vous me croyez ?”..... Alors là point d'interrogation dans leurs yeux....
183 Eh bien oui je peux raconter des bêtises. je suis le modèle.... Mais on ne détient pas la
184 vérité....

185 Un professionnel qui est intervenu dans le TD transfusion sanguine me disait : ” ça fait du
186 bien de revenir à l'IFSI car on se remet à la page.....” Mais, je lui ai dit quand même qu'on ne
187 détient pas la vérité à l'IFSI, la vérité c'est aussi eux qui l'ont.

188 Il faut que l'on confronte nos vérités pour qu'un moment donné l'étudiant sache où aller

189 D'ailleurs les étudiants nous rapportent ce que nous nous appelons ”les pratiques exotiques” :
190 des choses qui nous heurtent, nous, franchement. Comme par exemple la situation que j'ai
191 citée précédemment où aucun professionnel n'avait pas remarqué qu'il y avait encore un garrot
192 en place.... Pendant plusieurs heures ça pose question quand même ...Soit disant que
193 personne n'avait soulevé la manche du patient mais il a quand même eu sa toilette, le matin....

194 Moi je suis dans le lit..... boum.... je m'inquiète.

195

196 **MOI** : Donc, comme vous me l'avez dit vous basez votre accompagnement sur l'écoute....

197

198 **F5** : Oui l'écoute, le cheminement, l'analyse de leur pratique. Alors pour l'analyse de pratique
199 ils ont le choix d'une situation, sauf dans le cas particulier où ils ont fait une erreur, mais
200 dans tous les cas ils font le choix d'une situation de soins dans laquelle ils sont acteurs
201 pendant le stage, soit deux fois au cours d'un stage.

202 Ils choisiront parce qu'elle interpelle d'une manière ou d'une autre, parce qu'ils ont réussi ou
203 parce qu'ils ont raté, parce que le patient a posé des questions, parce que ça ne se passe pas
204 comme ils l'avaient prévu.

205 On leur donne une trame et ils déclinent : la description de la situation, les acteurs de la
206 situation, le moment dans la journée, le contexte, qu'est-ce qui les interpelle, comment ils
207 formulent leurs questions. On travaille beaucoup sur la formulation de la question avec la
208 visée du mémoire en tête. Et ils font des hypothèses de compréhension, et de ces hypothèses
209 découleront des connaissances qu'ils vont mobiliser, un ou deux concepts et pour conclure sur
210 finalement:” qu'est-ce que j'apprends, moi, de cette situation, qu'est-ce que j'ai mobilisé.

211 On leur demande de faire appel à leur connaissance des cours, ceux qui lisent aussi et pas que
212 sur Wikipédia et sur les forums.....rire et aussi à ce qu'ils voient en stage et derrière de
213 pouvoir relier aux compétences en lien avec la situation.

214 C'est un entraînement qu'on fait depuis le semestre 1 sous le raisonnement hypothético-
215 déductif, autre que le raisonnement clinique.

216 C'est aussi le moment où on peut apprendre des erreurs qui se dévoilent à ce moment... sinon
217 on ne le saurait pas.

218

219 **MOI** : Donc vous découvrez cet événement à un instant T, vous ne vous êtes pas préparé,
220 comment est donc l'accompagnement dans cette situation ?

221

222 **F5** : L'accompagnement n'est pas simple car c'est souvent a posteriori de l'erreur, du coup.

223 Quand l'équipe du terrain de stage ne nous l'a pas signalée, à cet instant T on se dit “mais
224 alors personne n'a vu ça”, ça interroge sur les pratiques des autres. On se pose des questions
225 il y a des fois on appelle tout de suite le service, des fois on demande à l'étudiant de venir s'il
226 n'est pas en stage trop loin d'ici ou on l'appelle, lorsque l'on découvre l'erreur sur leur
227 document écrit d'analyse de pratique que l'on reçoit par mail.

228

229 **MOI** : Pourquoi le service ne déclare pas l'erreur ?

230

231 **F5** : Je ne sais pas....

232 Alors de plus en plus, à l'hôpital, on leur demande de déclarer. .. C'est plus facile surtout
233 depuis que il y a eu un changement de directeur des soins et heureusement parce que on a
234 quand même les mêmes problématiques, on ne voit pas les étudiants sous le même angle
235 mais on les a quand même ensemble. .. et du coup ils sont co-responsable du stage et des

236 acquisitions....Parce que des fois on nous interpelle et on nous dit : ” mais pourquoi celui-là,
237 il est encore là ?”

238 Et bien il est encore là parce que personne n'a dit que le stage se passait mal.... à plusieurs
239 reprises.... Donc il arrive en troisième année, il est peut-être pas bon mais nous on n'a pas
240 d'éléments pour invalider les stages.

241 Depuis un an et demi on refait de la formation tutorat, et les tuteurs nous connaissent mieux
242 donc ils hésitent moins à nous appeler... Ils ont parfois oublié que nous étions infirmiers
243 avant d'être cadre de santé et n'osent pas nous appeler. Comme moi j'ai beaucoup travaillé
244 avant, dans beaucoup de services, je connais pas mal de monde, mais c'est pas toujours facile
245 On leur dit bien : qu'il vaut mieux nous appeler pour rien, c'est préférable de nous mettre en
246 alerte s'ils ont un doute même s'ils ne savent pas sur quoi, s'ils repèrent des petites choses qui
247 n'arrivent pas déterminer. On leur demande de noter des choses factuelles sur l'étudiant.

248 Et un moment donné il faut réussir à confronter l'étudiant lors d'un bilan intermédiaire.... Peu
249 importe.

250

251 **MOI** : À ce stade de la formation, on leur demande d'avoir une posture professionnelle :
252 comment accompagnez-vous par rapport à ça ...Sachant qu'il est encore étudiant et qu'il est
253 bientôt professionnel donc il n'ose pas dire non en sachant qu'il ne sait pas encore faire ?

254

255 **F5**: Oui c'est ça, alors nous on insiste aussi beaucoup..... Alors après on n'est pas toujours
256 derrière eux, ils font ce qu'ils veulent..... on insiste énormément (insiste sur ce mot), à
257 chaque début de stage, et en suivi pédagogique en promo entière, on est en général 2
258 formateurs, pour ne pas qu'ils ne fassent des choses qui ne savent pas faire, même en
259 troisième année. moi je leur donne toujours l'exemple que je n'ai pas toujours tout appris, il
260 n'y a pas de honte à ne pas savoir ; par contre faire sans savoir : là.... il y a danger pour le
261 patient.

262 On les met énormément en garde. Après c'est : “ pourquoi ça se passe quand même ?” Parfois
263 ils nous disent qu'ils n'osent pas dire” non”, tout dépend du tuteur, du contexte, de l'équipe,
264 du rythme de travail, et en particulier en troisième année ils ont peur de passer pour celui qui
265 ne sait rien.

266 Donc on fait attention à ça, mais même en 3e année il n'y a pas de raison qu'ils sachent
267 tout..... Il ne faut pas oublier qu'on a aussi été étudiants ou jeunes diplômés.

268 Qu'ils ne soient pas au point sur toutes les drogues que l'on passe au pousse-seringue, au bloc
269 opératoire, ça paraît normal ... Par contre il faut qu'ils en mangent, qu'ils en fassent

270 On a eu, aussi, une erreur...Alors c'est pareil on n'a jamais pu déterminer.... Le service
271 qualité s'en est mêlé.... Ce qui était normal d'ailleurs...une étudiante qui aurait injecté dans
272 un cathéter de rachianesthésie ou péri nerveux que l'on pose au bloc.....Il y a des détrompeurs
273 partout..... on se dit ce n'est pas possible..... et là encore.... On a accusé l'étudiant alors que
274 le patient sort du bloc, l'étudiant finit son poste, il a vu le patient avant de sortir, il a fait une
275 injection avant de sortir, c'est tracé le patient remonte dans son service et il n'y a pas de
276 surveillance dans le service avant 17h... et on dit c'est l'étudiant qui s'est trompé..... ça pose
277 question.

278

279 **MOI** : Ça pose question sur quoi ?

280

281 **F5** : Sur l'encadrement, et sur un infirmier de proximité ou le tuteur qui ne se remet pas bien
282 en question en plus. Moi ça m'interroge, et chaque fois qu'on a des erreurs on se dit : "mais
283 qu'est-ce qui s'est passé"

284 Avec que cette étudiante : on l'a rappelée ... deux trois jours après et se souvenait plus
285 vraiment..... à force de la questionner, elle ne savait plus, avait des doutes.

286 Elle était honnête de ce côté-là, et bien nous aussi on était dans le doute : est-elle fiable est-
287 elle pas fiable?

288

289 **MOI** : Avez d'autres moyens concernant la posture ?

290

291 **F5** : Oui, après on travaille sur la posture autrement: quand ils travaillent sur leurs projets
292 d'encadrement en 2A, ils doivent se filmer: un qui fait l'infirmier et l'autre qui fait
293 l'étudiant..... et choisissent un soin qui ils vont encadrer ou un bout du soin.

294 Et là on travaille la posture de l'encadrant: je vois une erreur se faire, est-ce que j'arrête
295 l'étudiant ou pas ? On travaille aussi la simulation en santé en vidéo, pour travailler la posture
296 (je suis comment dans la situation, aidant, pas aidant.....)

297 Jusqu'à présent en 3e année on faisait beaucoup de jeux de rôle sur la réunion d'équipe pour
298 les vacances d'été, des choses concrètes sur la prise de poste. Transmission de patients, le
299 médecin vous fait une prescription et vous n'êtes pas d'accord avec cette prescription.... ce
300 sont des situations réelles que nous avons repérées et ça ils aiment bien.

301 Ils ont du mal à oser car ils se sentent souvent en position d'infériorité, et si on leur dit ben
302 écoute tu as pas le choix c'est comme ça..... il ne se sent pas la force de dire non.

303

304 **MOI** : Culture de l'erreur : et jusqu'où on peut dire c'est pas grave ? Que met-on sous cette
305 expression culture de l'erreur ? Est-ce que le risque n'est pas de banaliser l'erreur ?

306 **F5** : Sur les situations que l'on a rencontrées on s'est posé la question. Alors on dit que l'erreur
307 c'est source d'apprentissage ? Dire l'erreur c'est pas grave : non ! Parce que c'est la porte
308 ouverte à tout.

309

310 **MOI** : Mais eux... Qu'est-ce qu'ils entendent par l'erreur est une source d'apprentissage ?

311

312 **F5**: Et bien voilà, on l'explique en cours mais une fois qu'ils sont en service, qu'est-ce qu'ils
313 en comprennent ?

314 On travaille la législation depuis S1, ils ont un cours très pratico-pratique réalisé par un
315 universitaire avant de partir au premier stage, avec des exemples très concrets. Alors c'est sûr
316 ça leur parle pas trop tant qu'ils n'ont pas vu. On les met en garde tout de suite ...y compris
317 sur l'administration médicamenteuse surtout qu'ils vont en EHPAD en stage et on sait bien
318 que la distribution des médicaments peut leur être confiée.

319 Avant de partir on les met en garde sur les bonnes pratiques : règle des 5b, vérification de
320 l'identité du patient, tout ça pour éviter qu'il se trouve d'emblée en difficulté ce qui pourrait
321 compromettre leur projet, carrément car c'est déjà arrivé aussi.

322 Du coup ça me fait penser à une autre étudiante qui avait réalisé une glycémie capillaire dans
323 un EHPAD. Elle s'est trompée de dose d'insuline l'infirmier lui a dit tu n''inquiète pas c'est
324 pas grave ça arrive". L'infirmier à banalisé mais elle a reconnu la gravité de son geste et elle
325 est partie dans le fait qu'elle n'était pas capable d'être infirmière et du coup elle a arrêté. Elle a
326 été très consciente des choses.

327 En tous les cas ce qui est difficile c'est que on ne sait pas toujours ce que les étudiants font
328 réellement....

329 Et on leur confie de plus en plus de patients à prendre en charge au fur à mesure que les
330 semestres avancent ... et on leur explique bien que c'est pas parce que ils ont terminé le stage
331 précédent à 5 patients qu'il faut en prendre davantage car ça dépend du contexte du service et
332 de leur niveau à eux. Et parfois on a souvent des mails ils disent rien sur le moment et après
333 on a des mails où ils nous posent des questions.

334 J'ai eu aussi une étudiante de 3e année qui a eu des soucis de santé, de gros soucis personnels
335 en début de stage.... je suis allée la voir en stage et je lui demandé de me présenter la
336 planification des patients qu'elle avait en charge et de me faire une transmission succincte de
337 ces patients et des problèmes du jour, des actions qu'elle mettait en place. Elle me présente 3

338 patients, quelle n'avait plus en charge déjà..... et puis déjà le premier patient présenté, une
339 cholécystectomie sous coelioscopie.

340 Elle prend la démarche de soins à partir du jour post-opératoire, sauf qu'elle n'avait pas
341 compris ce que c'était la coelioscopie.

342 Et je lui ai demandé si elle connaissait la différence entre une coelioscopie et une laparotomie.
343 Impossible de répondre à ma question alors qu'elle était allée en voir au bloc opératoire. Avait
344 complètement zappé les risques liés à la chirurgie, n'avait rien demandé.

345 Quand on va en visite de stage et qu'on leur demande de nous présenter des démarches de
346 soins pour nous ça nous permet d'évaluer justement leur compréhension le raisonnement.... si
347 il existe, ou ils vont chercher des connaissances, qu'est-ce qu'ils comprennent des soins qu'ils
348 pratiquent ?

349 Donc il y a ça en plus donc des analyses de pratiques... d'ailleurs ces analyses de pratique
350 sont un outil vraiment fabuleux aussi bien pour eux que pour nous car parfois on se dit que
351 s'ils n'ont pas compris c'est que peut-être qu'ils n'ont pas écouté mais au-delà de ça, on peut
352 se demander comment on peut expliquer ça autrement... Et bien ce n'est pas toujours simple et
353 même Le temps de suivi individuel.... c'est pas toujours simple de les aborder... qu'est-ce
354 qu'on y met dedans en fonction de l'étudiant même si on leur demande de le préparer
355 antérieurement.

356

357 **MOI** : Comment ça se passe, le suivi individuel ?

358

359 **F5** : C'est un temps donné qui est planifié souvent à l'issu du stage, une heure chacun ... ce
360 qui nous fait 2 demi-journées pour chaque formateur. On leur donne la trame pour préparer
361 leur suivi pédagogique et dès le retour de stage on exige le bilan de stage, la feuille de
362 présence, et les portfolios car on regarde comment ils sont tenus... Car ça aussi c'est un reflet
363 sur la rigueur de l'étudiant et l'investissement qu'il met dans sa formation.

364 La trame peut bouger à cause du travail de fin d'étude.

365 En gros, ils doivent être capables de dire ce qu'ils ont acquis en fin de stage, comment s'est
366 passé mon stage, qu'est-ce que je prévois comme objectif dans le prochain stage.

367 On fait aussi globalement le bilan du semestre : c'est... c'est comment je me sens à l'IFSI, si
368 je suis bien intégré dans la promo, pourquoi comment, quelles sont les méthodes
369 d'apprentissage,..... Alors sans leur demande - en 3e année sauf quand il y a des soucis de
370 notes (on va le questionner autrement), est-ce qu'ils apprennent régulièrement ou non.....

371 Et puis on décortique les analyses de situation qui nous envoient par mail et pendant leur
372 stage.... alors comme ils doivent faire une analyse de pratique sur chaque temps de stage on
373 en choisit une des deux par semestre... Sur le terrain de stage, on questionne davantage les
374 démarches de soins pendant une heure, car on s'est rendu compte qu'ils avaient beaucoup de
375 mal à faire des liens et à comprendre les situations.

376 Avant ...on allait deux fois en visite de stage et on lisait leur analyse de pratique entre autres
377 mais nous avons eu un problème de personnel donc c'était plus possible, on y allait plus
378 qu'une fois par stage.

379 On leur donne des dates de rendu pour ces analyses de pratiques, donc là on voit aussi leur
380 rigueur, on demande qu'elles soient lues et signées par le tuteur parce qu'on a eu une surprise
381 une fois en lisant une analyse de pratique où l'étudiant relatait un cas de maltraitance
382 clairement nommé dans ses agissements (il écrivait: des fois je m'énerve et ça m'arrive de
383 frapper....)

384 Et le problème c'est que les tuteurs ne peuvent pas forcément signer car les étudiants leur
385 donnent la veille pour le lendemain, donc on demande au tuteur de préciser qu'ils ont signé
386 mais sans avoir lu; ça montre qu'ils l'ont vu mais pas lu et nous on sait où ça en est.

387 Comme il l'envoie par mail ou leur demande de photographier la page où il y a la signature, et
388 il nous les apporte de toute façon en fin de stage.

389 Concernant les dates de rendu : sur un stage de 10 semaines on leur demande de nous envoyer
390 une analyse de pratique la 5e semaine et la deuxième la 9e semaine. Ça nous laisse le temps
391 de les lire avant de les rencontrer et on choisit une des deux analyses de pratiques.

392 Même si c'est au choix, on leur demande de changer de thème si on se rend compte qu'ils ont
393 analysé une pratique centrée sur le même thème... comme l'empathie par exemple..... On
394 leur demande de choisir d'autres situations. Mais c'est souvent... révélateur de quelque
395 chose.... La communication verbale non verbale, c'est souvent récurrent.....

396

397 **MOI** : C'est donc un accompagnement en suivi individuel ?

398

399 **F5** : Après, en sachant qu'on a des suivis de 1ère année, de 2e année et de 3e année pendant
400 les 3 ans....à peu près 7 étudiants de chaque année. Donc ça nous permet de mieux
401 appréhender le suivi et comme je suis référente en parallèle d'une promo et que ça change
402 régulièrement.....tous les ans ou plus j'ai une bonne perception une bonne connaissance
403 des UE des semestres, des unités intégratives....

404 Depuis la réforme, on avait fait le choix de suivre les étudiants sur les 3 années pour voir leur
405 progression car ça leur donne un point de repère pour eux, et la plupart nous disent que c'est
406 très rassurant Parce qu'ils peuvent aussi nous confier des choses ils n'ont pas envie de
407 dire autrement, ça reste dans le bureau mais ça reste aussi leur choix de le dire ou pas..... des
408 fois on ne le note même pas sur le dossier numérique parce que c'est vraiment trop
409 personnel..... on est juste problématique personnel. Et globalement la confiance s'instaure
410 relativement bien. C'est plus facile.

411 Et dans l'histoire de l'accompagnement, on a fait le choix de ne pas être guidant de TFE de
412 nos étudiants que l'on a en suivi depuis 3 ans. on tire au sort, on remet si c'est un de nos
413 étudiants de suivi.

414 Chez nous chaque étudiant fait son travail de mémoire, ils ne sont pas en groupe car on pense
415 que ça ne dit pas grand-chose sur l'investissement de chacun l'intégration des connaissances
416 de chacun. Alors on fait aussi des guidances collectives pour le mémoire. Donc en groupe ...
417 Souvent on se met 2 formateurs avec nous 15 étudiants c'est très riche et des fois quand on
418 est à court d'idées, l'autre collègue relance le truc et entre eux ils peuvent s'autoriser à poser
419 des questions..... je l'avais vu à l'école de cadres et j'avais trouvé ça génial.

420 Et c'est par une guidance que l'on démarre ce travail en S4.... et souvent on les entend dire
421 ”j'ai lu un truc que je vais te donner les références pour ton mémoire”.

422

423 **MOI** : Est-ce que vous repérez et questionnez les blocages de l'étudiant ?

424

425 **F5** : Alors on repère les blocages en général plutôt au moment des évaluations en fin de
426 semestre. ou alors ils demandent un rendez-vous : par exemple ce matin j'ai vu une étudiante
427 3e année qui a eu un gros moment de doute à la deuxième semaine de stage en lien avec la
428 prise de conscience des responsabilités à venir;... bon elle a des gros problèmes perso à côté.

429 On lui a dit de se poser..... elle s'est arrêté quelques jours..... et elle a repris..... puis elle s'est
430 re...arrêtée, et puis elle se met la pression car si elle ne réussit pas maintenant et bien nin nin
431 nin .. .et tout ce qui va avec.

432 Donc ce matin je l'ai vu pendant une demi-heure de suivi pédagogique, les larmes montaient
433 et redescendaient ... c'est pas sorti mais c'était pas loin quand même. Je l'ai beaucoup écouté,
434 et on a travaillé après plutôt bien....

435 Alors dans les blocages, j'ai eu des étudiants et j'en ai encore.... des étudiants qui décident
436 d'interrompre alors là c'est compliqué..... par exemple j'ai une étudiante qui était très limite en

437 théorie qui avait passé son bac en 3 ou 4 ans et qui avait toujours voulu être infirmière avec
438 un parcours assez laborieux et des problématiques familiales compliquées.

439 Depuis le début de la formation, elle arrive à valider difficilement quasiment tout à 10 et puis
440 à S5 ça n'a pas été, un moment ça a clashé en stage.

441 On voyait bien que c'était dur pour elle, on lui avait dit “ avez-vous réfléchi à interrompre, de
442 travailler un peu, de vous rendre compte des responsabilités” en plus elle ne pouvait plus
443 payer ses études..... donc ça c'est compliqué ça aussi.

444 Mais elle n'a jamais rien entendu elle voulait absolument y arriver.....elle est partie en clash
445 en S6. Et là encore sur le positionnement de l'équipe qui en premier stage de semestre 6
446 relatait qu'elle progressait, que ça allait mieux à la fin du stage et en deuxième stage ou l'autre
447 équipe dis pas” non ça va pas”.

448 Donc là ...les étudiants ne comprennent pas....

449 J'ai aussi le souvenir d'une étudiante qui avait des difficultés et qui était en stage aux urgences
450 assez loin donc on correspondait par téléphone et qui me disait “ ah c'est génial c'est
451 génial” et je lui demandais si les calculs de doses ça allait..... elle me répondait ‘ oui oui ça
452 va bien et vous savez j'ai bien progressé, et puis de toute façon tout est protocolé , je ne peux
453 pas me tromper et je lui demandais si la mise en œuvre ne lui posait pas de problème.....

454 Honnêtement je ne sais pas comment elle était encadrée, mais en tous les cas elle a validé son
455 stage je ne sais pas comment.

456 L'étudiante précédente s'est arrêtée juste avant sa fin de formation parce que l'équipe l'a
457 menacée de faire un rapport circonstancié donc il y a pas eu des erreurs énoncées donc là
458 aussi on ne peut pas savoir.... il y a eu des mises en alerte répétées. Il a suffi qu'elle aille au
459 clash pour qu'elle s'arrête, c'est dramatique. Elle était incompétente du fait de son manque de
460 connaissance.

461

462 **MOI** : Concernant l'erreur est-ce que vous la traitez ? est-ce que vous tenez compte des
463 théories de l'erreur ?

464

465 **F5** : Alors personnellement je ne connais pas, pas du tout...(dit-elle haut et fort)

466 Bon c'est un peu ce qu'on fait dans la gestion des risques avec la méthode alarme ou méthode
467 rizone. Le problème c'est qu'on est très vite bloqué quand on cherche à comprendre ce qui
468 s'est passé il nous manque toujours des éléments, donc au travail ça avec les étudiants c'est
469 très bien, mais il nous manque souvent des informations et l'équipe nous donne des infos....
470 on se dit mais ça ne tient pas debout... il charge l'étudiant.... c'est compliqué. J'ai eu aussi un

471 autre étudiant qui travaille beaucoup dans l'automatisme et qui ne réfléchit pas forcément
472 beaucoup, qui est pompier volontaire. Et ben ça ce n'est pas simple.

473 Il croyait tout savoir notamment dans le domaine de l'hygiène et des applications des
474 prescriptions, il appliquait sans réfléchir sauf qu'infirmier c'est pas ça et dans l'urgence c'est
475 pas ça non plus..... Évidemment il veut bosser dans les urgences...(soupir)..... Compliqué ça
476 je trouve.

477

478 **MOI** : Qu'est-ce qui est compliqué ? Est-ce prendre en compte ce qu'ils étaient avant ?

479

480 **F5** : Oui bien sûr, et dans cette situation je trouve que c'est une richesse car être pompier on se
481 dit qu'il peut avoir un esprit de corps d'équipe, il a moins de crainte que d'autres étudiants car
482 il est déjà un peu sensibilisé à des situations difficiles..... mais là et c'est pas la première fois
483 qu'on se rencontre avec les jeunes pompiers c'est compliqué...on en a eu plusieurs comme ça
484 beaucoup de garçons du coup...(soupir)et c'est plutôt chez les garçons ça coinceils ne
485 passent pas la bascule.

486

487 **MOI** : Concernant l'accompagnement est-ce que vous avez d'autres éléments à me donner ?

488

489 **F5** : Dans les situations où on sent l'étudiant angoissé prêt à pleurer ... on lui permet de
490 s'exprimer de pleurer ou pas dans notre bureau parce que l'on sent qu'il se retient comme s'il
491 y avait des choses qui les dépassait, Sans pouvoir en parler dans leur entourage, ils n'ont pas
492 forcément un environnement qui permet d'en parler. Se dire que c'est peut-être le seul endroit
493 où ça peut se faire, dans notre bureau.

494 Après on n'est pas là pour faire de la psycho non plus, donc quand on voit que ça dépasse nos
495 compétences, on les envoie vers la psychologue du travail qui est en face en leur précisant que
496 c'est anonyme et qui peuvent y aller, et que nous on aura aucun retour. On se dit aussi qu'ils
497 peuvent avoir besoin d'un autre espace que celui de notre bureau ou de l'IFSI... après on voit
498 que ça va mieux ou pas.

499 Mais parfois, dans les blocages on est obligé d'aller à la censure ou ce n'est pas nous qui la
500 prononçons... c'est la direction et ça... ça peut aider à passer le cap....
501 Paradoxalement...gendarme ... (soupir, sourire)c'est pas ce que j'aime le mieux...

502

503 **MOI** : Utilisez-vous d'autres dispositifs dans le cadre de l'accompagnement suite à une
504 erreur ?

505 **F5** : Il y a un contrat pédagogique. Et eux peuvent demander à nous rencontrer et nous
506 aussi.... Par exemple si il y a des attitudes inadaptées en TD on leur demande de passer dans
507 notre bureau et on en parle...pas forcément la première fois...

508 Et puis il y a des étudiantson se demande s'ils se droguent ou pas, ils ont des yeux
509 bizarres, ils ne sont pas là ... on voit bien que physiquement ils sont là mais le reste pas du
510 tout..... après on peut pas leur dire vous vous droguez ou quoi ?..... On est quand même des
511 soignants..... on fait des hypothèses sur certains comportements en tous les cas..... on pose
512 pas de jugement mais c'est quand même pas clair.

513 Alors après il y a aussi le cas d'une étudiante qui a des grosses difficultés en théorie et je
514 l'accompagne de ces méthodes d'apprentissage mais le problème c'est qu'elle ne dit rien
515 (insiste sur ce mot) C'est moi qui parle tout le temps....même en tête à tête, elle est mal à
516 l'aise.

517 En simulation elle a travaillé le rôle d'une infirmière qui encadrerait et ça s'est super bien passé
518 on l'a félicitée.

519

520 **MOI** : Le passage à l'écrit peut être peut-être une solution pour elle.

521

522 **F5** : Humm...oui ça peut mais l'écriture n'est pas toujours facile.

523 Et puis... c'est aussi leur dire que s'ils ont peut-être besoin d'un peu plus de temps, 4 mois en
524 plus où est le problème ? Dans 10 ans on s'en fichera Moi je leur dis aussi que j'ai passé
525 mon bac au rattrapage et puis alors maintenant on s'en fout....

526 Il y en a qui ont des gros soucis à côté et on ne peut pas gérer tout de front et ça veut pas dire
527 qu'ils sont pas nuls pour autant, qu'ils ont besoin d'un peu plus de temps et que ce n'est pas
528 grave.

529 Il y en a qui sont bloqués, on leur demande comment ils envisagent les choses. Ils donnent 2
530 possibilités : soit ils continuent soit ils s'arrêtent...Ils ne pensent jamais à la troisième qui est
531 une interruption..... Je trouve que c'est une grande chance de pouvoir interrompre, aller bosser
532 et revenir. C'est pas donné dans toutes les formations... non mais c'est vrai quoi..(rire) c'est
533 une chance qu'ils ne mesurent pas et souvent ils disent" je n'avais pas pensé à ça".

534 Je leur dis aussi que s'ils interrompent ils partent avec ce qu'ils n'ont pas validé et qu'ils
535 devront valider en revenant mais ça leur laisse la possibilité de se poser un peu, de se soigner
536 si besoin, de s'occuper des soucis familiaux si besoin ça dépend des circonstances de
537 chacun..... Et puis de se dire... je vais bosser un peu je me rends compte de la réalité du

538 travail car des fois c'est pas clair pour eux non plus..... et puis je gagne de l'assurance..... je
539 gagne un peu de sous.

540 Alors il y en a qu'on revoit et d'autres qu'on ne revoit pas... mais il y en a pas mal que l'on
541 revoit.

542 Et puis si on parle du programme.... C'est quand même 59 UE dans 10 compétences.... Faut
543 arrêter...c'est énorme.

544 Ils peuvent tout questionner dès la première année mais on arrive à des inepties comme une
545 transfusion sanguine réalisée en première année semestre 1 est.... Acquise... c'est n'importe
546 quoi. Mais on rêve, ils ne savent rien.

547 D'ailleurs nous on remet de l'anatomie physiologie et de la biologie fondamentale parce que
548 c'est utile dans les 2.11 et dans chaque processus parce qu'ils ont oublié ce qu'ils ont appris
549 en première année et que l'on mobilise jusqu'en 3eme année.

ANNEXE 6

ENTRETIEN FORMATEURS F6 ET F7

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34

MOI : Je vous reprecise mon sujet de memoire donc qui est l'accompagnement d'un etudiant en troisieme annee qui realise une erreur d'administration medicamenteuse en fin de formation. Je me pose la question de comment on les accompagne.

Donc ce qui m'interesse c'est de savoir ce que vous mettez sous le terme erreur, s'il existe des dispositifs en lien avec l'erreur dans la mesure ou on travaille dans un contexte humain et que l'erreur est possible et que l'on sait qu'elle peut arriver et je questionne egalement l'accompagnement de cet etudiant. Qu'est-ce qu'on met sous ce terme accompagnement ? J'ai vu que cet accompagnement etait approche dans votre programme de formation.

F6 : Moi je ne suis pas tres bien place car je n'ai jamais eu d'etudiants qui ont fait des erreurs...(long silence) Et je n'ai jamais suivi que des etudiants de 2e annee.....(soupire, regarde son ordinateur, parait tres mal a l'aise)

MOI : Vous pouvez peut etre me dire de quelle UE vous etes responsable ?

F6 : UE 2.11, 2.5, 1.3, 3.5 et j'interviens sur d'autres UE mais je ne me souviens plus... Je ne suis pas responsable mais j'interviens sur pas mal d'UE L'UE 2.10 et du module 6 de la formation aide-soignante ... c'est hygiene des locaux hospitaliers.

MOI : Et vous me dites que vous suivez des etudiantes 2e annees, est-ce que vous changez chaque annee ?

F6 : On peut... c'est pour positionner fin juin Il y a 2 ans j'etais par exemple avec la 3e Annee

MOI : Alors dans le cadre de l'UE 2.11 qui est la pharmacologie, est-ce que vous abordez la notion de l'erreur, est-ce qu'elle est dans le dispositif de formation, est-ce que vous en parlez ? Et comment ?

F6 : Dans le cadre de la 2.11 on fait des calculs de dose, des ateliers calcul de dose (soupir, tremblement de la voix) formatifs.

35 Alors cette année, on a fait heu...heu ... des ateliers pour tout le monde.... on partage la
36 promotion de 60 étudiants en 4 soit à peu près 15 étudiants par groupe avec un formateur et
37 puis cette année on a fait une heure avec un formateur et la deuxième heure c'était pour les
38 personnes qui avait encore des difficultés. C'était les étudiants qui n'avaient pas de difficultés
39 qui assuraient leur l'aide à leurs collègues pendant cette deuxième heure.

40 Ensuite il y a une évaluation de calcul de dose lors de l'évaluation de l'UE 2.11 d'une façon
41 systématique avec possibilité d'avoir une calculette basique, pas du tout les téléphones
42 portables.

43 En ce qui me concerne, on a gardé l'anonymat de l'évaluation, mais je vais noter, je vais
44 différencier les personnes qui ont des problèmes de calculs de doses.

45

46 **MOI** : Comment vous notez ça ?

47

48 **F 6** : Quand je récupère les feuilles je fais ma correction sans regarder ; je n'ouvre pas, je mets
49 un post-it, alors après je sais qui c'est évidemment.....j'ai listé une liste de personnes qui ont
50 des difficultés.

51 Mais concrètement cette année on en a pas fait grand-chose sinon qu'on retrouve souvent ces
52 difficultés sur le terrain de stage qui ont des difficultés à faire des calculs de doses mais qui
53 n'ont pas fait d'erreur... parce que ils ne font pas d'erreur ils sont arrêtés forcément
54 avant.....Et puis..... heu ... en tout cas pour ceux de mon groupe de suivi.

55 Mais ce qu'on a fait..... je ne sais plus si c'était l'année dernière ou il y a 2 ans..... on en a
56 beaucoup discuté de ça.... il y a eu un courrier de fait lors des stages suite à ces évaluations de
57 prévenir les services de bien accompagner les étudiants dans les calculs de doses,
58 éventuellement les aider..... voilà.

59

60 **F6** : Là, ce n'est pas du tout pour stigmatiser....

61

62 **MOI** : Vous l'avez envoyé à tous les terrains de stage?

63

64 **F6** : Non, on a donné le courrier à l'étudiant et c'est lui qui devait le transmettre au terrain de
65 stage. Il en avait connaissance et le tuteur a donc été prévenu ou le cadre que le calcul de dose
66 était encore un point à améliorer pour cet étudiant accueilli.

67

68 **MOI** : Donc l'étudiant a connaissance de ce document et c'est lui qui le donne au cadre de
69 santé ou à son tuteur ?

70

71 **F6** : Ah oui oui oui, bien sûr.

72 Cette année franchement on n'a pas renouvelé On n'en a pas discuté alors je ne sais pas si
73 on n'a pas renouvelé parce qu'on n'en a pas discuté à ce moment-là ou si c'est parce que ça
74 avait été un essai..... Ça a été un peu controversé par les étudiants qui se sentaient stigmatisés.
75 Nous les formateurs on n'était pas tous d'accord avec ça..... Si vous voulez..... je ne sais pas
76 si je peux parler à bâtons rompus..... mais j'ai envie de vous dire.... c'est pas les..... Enfin
77 moi j'ai pas trop lu de statistiques à ce sujet-là.... mais effectivement c'est très pointé cette
78 histoire de calcul de dose qui sont très importants évidemment.....

79 Cependant, moi les erreurs d'hygiène hospitalière sont beaucoup plus fréquentes avec des
80 conséquences d'infections nosocomiales alors qu'on en parle très peu parce que on peut mal
81 identifier le responsable de ça.

82 Donc si vous me demandez comment je m'y prends, c'est quelque chose dont je parle aux
83 étudiants, aux élèves aide-soignante, que j'essaie de responsabiliser en prenant des exemples
84 et surtout avec un enseignement sur les modes de transmission..... et ça c'est aussi des erreurs
85 dont on parle moins car les conséquences ne sont pas immédiates.

86

87 **MOI** : D'accord....

88

89 **F6** : Parce que quand vous parlez d'erreur..... Moi j'aurais besoin de savoir si c'est quelque
90 chose de ponctuel, de récurrent.... parce que une erreur ponctuelle et bien effectivement c'est
91 humain.....

92 Et enfin il est important de connaître les conséquences et en fonction moi j'aurais envie de
93 relativiser..... Dans le contexte d'aujourd'hui quand on est quelqu'un de rigoureux, c'est
94 excusable..... quand on est quelqu'un qui n'est pas rigoureux et que ça arrive régulièrement ce
95 n'est pas excusable. On peut être un excellent soignant mais à partir du moment on est humain
96 et bien évidemment ce sont des choses qui arrivent.

97

98 **MOI** : Alors si je zoome sur l'erreur d'administration médicamenteuse ?

99

100 **F6** : Et bien j'ai le cas d'une étudiante 2A qui allait faire une erreur d'administration
101 médicamenteuse, elle était accompagnée.

102 **MOI** : En stage ou à l'IFSI ?

103

104 **F6** : Ah non en stage car ici on ne fait pas de TD sur la distribution des médicaments.

105

106 **MOI** : Et sur la lecture de la prescription médicale ?

107

108 **F6** : Non non, pas de TD non plus sur la lecture de la prescription médicale. Ils voient ça en
109 première année la bonne dose au bon patient.

110

111 **MOI** : Donc l'erreur en situation professionnelle, comme par exemple cette étudiante que
112 vous venez de citer.... quelle était son erreur ?

113

114 **F6** : Elle a fait une erreur de distribution ...elle a pilé les médicaments et elle allait les donner
115 à une personne qui ne pouvait pas prendre ses médicaments comme ça, elle allait les donner à
116 sa voisine qui est tout à fait consciente et qui n'a pas du tout de problème de prise de
117 médicaments....heu c'est ma collègue qui a géré ça.... et je crois que c'est la dame qui
118 lui a dit "mais attendez...moi je n'ai pas besoin qu'on me pile mes médicaments".

119 Heu, et puis l'infirmière est arrivée sur ces entrefaites et l'erreur n'a pas eu lieu.

120

121 **MOI** : Et quand l'erreur arrive qu'en faites-vous ? est-elle déclarée ?

122

123 **F6** : Là, ça a été..... (long silence)(sourir)..... C'était pas mon suivi.... je vous
124 l'ai dit de mémoire donc je peux me tromper..... Attendez je vais appeler ma collègue.....
125 je peux l'appeler ?..... J'ai l'impression qu'elle n'est pas dans son bureau.

126

127 **MOI** : On peut aborder les choses autrement sans aborder cette situation particulière.

128 Est-ce que vous êtes toujours prévenue quand l'étudiant fait une erreur et si c'est le cas
129 comment le savez-vous?

130

131 **F6** : Bah là je sais pas..... en général c'est le stage qui appelle.... alors des fois ils appellent
132

133 Alors si vous voulez ça dépend, il y en a qui prennent cette responsabilité là avec l'étudiant
134 donc on n'est pas forcément prévenu. Et puis parfois le stage appelleAlors il appelle
135 quand l'étudiant pose déjà des problèmes depuis le début du stage, il y a pas que çaSinon

136 souvent le service gère..... Enfin souvent..... on le sait..... on ne le sait pas..... Enfin on finit
137 toujours par apprendre des choses. Et parfois c'est noté il y a un rapport circonstancié... voilà.

138

139 **MOI** : En parallèle de l'élaboration de ce rapport circonstancié y a-t-il un rendez-vous avec la
140 direction de la qualité ?

141

142 **F6** : Je ne sais pas du tout..... Je ne peux pas vous dire.

143

144 **MOI** : Bien ça consiste à analyser l'erreur avec l'étudiant, le personnel présent à ce moment-là
145 et le cadre de service qualité et puis la pharmacienne.

146

147 **F6** : Et bien il faut être solide quand on est étudiant et qu'on vit ca..... Et bien humainement
148 c'est épouvantable..... ça veut dire qu'on n'a pas droit à l'erreur et ça veut dire aussi qu'il
149 arrête...

150

151 **MOI** : L'idée c'est que l'étudiant fasse une analyse de son erreur et ne la reproduise pas, c'est
152 aussi étudier le contexte de cet instant.

153

154 **F6** : C'est la moindre des choses... quand on est responsable de ce qu'on fait ça suffit.....
155 Quand on ne l'est pas et bien on arrête.

156

157 **MOI** : Existe-t-il une culture de l'erreur dans votre IFSI ? Parlez-vous du risque d'erreur en
158 tant que tel ? Que s'ils font une erreur ils doivent la déclarer pour éviter qu'elle ne
159 ressurgisse ?

160

161 **F6** : Pour moi c'est une façon de voir les choses, mais j'en suis convaincue que quand on est
162 responsable, je ne crois pas que ça peut recommencer..... Bien sûr ça peut recommencer parce
163 qu'on est humain évidemment si on y va là-dessus.... Oui.

164

165 **MOI** : Dans certains IFSI, on conseille aux étudiants de déclarer l'erreur quand elle arrive et il
166 y a des étudiants qui la déclarent d'autres non.

167

168 **F6** : Je n'ai jamais géré ça, je sais que il y a des étudiants qui n'arrivent pas à s'en remettre,
169 qui reviennent..... Ça fait toute une affaire d'état des fois pour des choses qui, il me semble,
170 pourraient s'arranger en lui disant de faire attention la prochaine fois.

171 Alors effectivement c'est peut-être nécessaire d'analyser mais il y a aussi tout le côté acte
172 manqué qui ne s'explique pas..... qui ne peut pas s'expliquer.

173

174 **MOI** : J'ai parcouru votre plan de formation, il y a toute une partie consacrée à
175 l'accompagnement et ça fait notamment référence à des notions qui ne sont pas forcément
176 palpables.... (Comme la perturbation, le changement, la confiance en soi...) je lis aussi
177 quand la perturbation arrive trop brutalement l'étudiant se bloque et la pensée se fige.....

178 Est-ce que vous l'approchez ? Si oui comment ? Peut-être dans l'accompagnement individuel
179 ou collectif ?

180

181 **F6**: (Silence).....moi ça me dit rien..... Mais.....vraiment je suis désolée..... Je
182 n'avais aucune..... On ne m'avait pas dit ça... La directrice avait juste dit c'est une infirmière
183 qui veut faire de la formation, qui est intéressée. Elle voudrait rencontrer un formateur.

184

185 **MOI** : Vous n'avez pas eu mon courrier et la visée de mes entretiens ?

186

187 **F6** : (regarde sur son ordinateur)..... parce que vraiment j'ai une collègue qui a traité ça, qui
188 a fait une déclaration..... Je lui avais d'ailleurs dit pourquoi tu fais tout ça mais tu vas la
189 ramasser à la petite cuillère cette étudiante..... Tellement on grossit le truc mais il s'est rien
190 passé finalement..... ben je veux dire..... On a donné un Augmentin à la place d'un
191 Clamoxyl.... un truc comme ça quoi.

192 Enfin bon...moi.. je... je.... c'est pas que je prends ça à la légère... c'est que je pense que la
193 blessure est telle pour un étudiant par rapport à ce qui s'est passé..... Oui il faut essayer de
194 comprendreil faut expliquer..... Mais pas en rajouter car on détruit quelqu'un comme
195 ça.... surtout les gens qui sont un peu fragiles qu'est-ce qu'on en fait ?

196 Parce que les gens très rigoureux ils mettent énormément de barrières et c'est ça qu'il faut
197 apprendre à faire..... c'est mettre tous les moyens pour ne pas se tromper.

198 Mais plus on est rigoureux plus on n'admet pas l'erreur, et puis le jour où ça arrive car
199 évidemment quand on est humain quand même.... on ne fait pas une carrière sans se
200 tromper.... enfin tout du moins je crois.... et pourtant on peut être excellent et fiable..... Si on
201 met ça en épingle, on casse quelqu'un.

202 **MOI** : Alors comment on peut accompagner cet étudiant, au mieux ?

203

204 **F6** : Oui j'entends bien..... Moi je sais que les propos que je vous tiens et quand j'ai des
205 questions là-dessus en UE 2.11..... Je réponds à ce qu'ils demandent.... je leur dis que s'ils
206 ne sont pas rigoureux et bien c'est impardonnable, il faut essayer de comprendre ce qu'il s'est
207 passé ce jour-là.... et puis s'il n'y a pas de conséquence on en fait pas un plat.

208

209 **MOI** : Quand vous dites qu'ils doivent être rigoureux... la rigueur est-ce que ça leur parle à
210 eux ?

211

212 **F6** : Quand ça arrive pas la première fois que vous avez respecté Enfin vous avez cru.....
213 car parfois on a Le Bon patient..... Moi je me souviens d'avoir fait une erreur entre le
214 Clamoxyl et l'Augmentin et c'est bien pour ça que je vous en parle..... J'avais ma fiche j'avais
215 tout tout... tout..... Sous les yeux Et je me suis trompée de patient.... pourquoi ? Parce que
216 c'était tout à fait l'acte manqué..... Même 30 ans plus tard je n'ai pas d'explication alors que je
217 me souviens encore comme si c'était hier.

218 Je savais qui était ce patient je le connaissais, je le voyais tous les jours....

219

220 **MOI** : Avez-vous des dispositifs particuliers, à l'IFSI, qui pourraient anticiper ces situations-
221 là ?

222

223 **F6** : je n'en ai pas connaissance..... C'est l'analyse des risques..... et sur le terrain. Il y a un
224 travail qui a été sûrement réalisé avec l'infirmière ou la tutrice..... Je ne sais pas.

225

226 **MOI** : Que mettez-vous sous le terme accompagnement?

227

228 **F6** : C'est-à-dire?

229

230 **MOI** : Et bien par exemple avez-vous des temps d'accompagnement collectif, individuel ?

231

232 **F6** : Vous voulez parler de passage ? De visite de stage ?

233

234 **MOI** : Concernant le suivi des étudiants.... Combien avez-vous d'étudiants dans le cadre de
235 suivi pédagogique ?

236 **F6** : A peu près 20...

237

238 **MOI** : Ces étudiants que vous accompagnez pendant un an.... vous les voyez ensemble ou
239 séparément ?

240

241 **F6** : Les deux.

242

243 **MOI** : Et quand vous les rencontrez qu'est-ce que vous faites avec eux ? Ça dure combien de
244 temps par étudiant ces temps d'accompagnement ?

245

246 **F6** : Je les vois avant de partir en stage pour l'élaboration des objectifs de stage....heu.... en
247 terme de discussion autour du stage, et au retour du stage.

248

249 **MOI** : Donc avant le stage vous les rencontrez pour parler des objectifs de stage ?

250

251 **F6** : Oui on parle des objectifs, on répond à leurs questions de stage..... On va
252 éventuellement poser les rendez-vous de visite de stage car on voit systématiquement les
253 étudiants sur leur temps de stage.....

254

255 **MOI** : Sur chaque temps de stage, ou un stage sur deux ?

256

257 **F6** : Sur....heuheu Oui une visite par semestre..... mais c'est pas forcément moi qui
258 vais aller voir mes étudiants....

259 Nous on est référent de certains lieux de stage et on fait la visite des étudiants sur notre lieu de
260 stage dont on est référent..... Et puis si évidemment il y a beaucoup d'élèves sur un terrain de
261 stage et bien on se partage les visites.

262

263 **MOI** : Et quand vous parlez d'élaboration des objectifs, quels sont vos attendus ?

264

265 **F6** : C'est en lien avec là où ils en sont dans la validation de leurs compétences ; c'est en lien
266 avec la typologie du stage.

267

268 **MOI** : Les objectifs en lien avec les pathologies prévalentes ?

269

270 **F6** : Oui c'est ça. Quand ils reviennent de stage, on fait toujours le bilan avec eux.... donc on
271 les voit individuellement.

272

273 **MOI** : Et concernant l'élaboration des objectifs c'est en groupe ou individuel ?

274

275 **F6** : Non là c'est en groupe... et après ils nous les envoient et ils les affinent avec le tuteur et
276 ils nous les envoient en général vers la deuxième semaine de stage. Et quand ils reviennent on
277 reprend avec eux leur bilan de stage donc en individuel.

278

279 **MOI** : Vous dites que vous reprenez avec eux ? C'est-à-dire ?

280

281 **F6** : Quand on les voit ça correspond au retour du stage et à la fin du semestre donc on en
282 profite pour faire un bilan du semestre ?

283

284 **MOI** : Vous faites un bilan de stage niveau théorique et pratique ?

285

286 **F6** : Et bien au niveau théorique c'est moyen parce qu'on n'a pas les notes des évaluations à ce
287 moment-là, ça me gêne un peu..

288 On interroge leurs façons d'apprendre, leurs motivations où est-ce qu'ils en sont, heu heu

289 Voilà... Et puis parfois on pointe des bon ça c'est....

290 On leur demande aussi des situations de stage, pas pour tous les temps de stage mais parfois,
291 une situation de stage, si on peut dire une analyse réflexive, enfin faire un constat, un
292 questionnement une recherche sur une problématique de stage, sur une thématique.

293

294 **MOI** : Est-ce que vous leur demander une analyse de leur pratique ?

295

296 **F6** : Oui c'est peut être une analyse de pratique mais pas forcément... en tous les cas il faut
297 qu'ils aient été acteurs, éventuellement témoins ... en tous les cas il ne juge pas de travail de
298 quelqu'un Ce n'est pas à partir du travail de quelqu'un. C'est un travail individuel écrit.

299

300 **MOI** : Que vous lisez ensemble ?

301

302 **F6** : Non il nous l'envoie, on corrige et ensuite on en parle quand on les voit au bilan parce
303 que le bilan il prend minimum une demi-heure, c'est plutôt trois quart d'heure. C'est un temps
304 aussi on les écoute sur leur stage et aussi sur le vécu de la formation.

305

306 **MOI** : Est-ce que pendant ces temps d'échange ils peuvent vous dire des choses inattendues
307 où vous vous trouvez dans une situation parfois difficile à gérer ?

308

309 **F6** : Oui ça peut arriver... Oui-Oui...

310 Alors il y a aussi beaucoup d'étudiants que quand ils s'aperçoivent de la responsabilité ils ne
311 peuvent plus faire face. On a un certain nombre... tout est relatif... qui s'arrête parce qu'ils ne
312 peuvent pas prendre ce sens de la responsabilité.

313 On entend souvent parler d'une grosse pression des encadrants c'est-à-dire les tuteurs où les
314 soignants, l'année dernière je me souviens d'une ESI de 2e année car c'était impossible pour
315 elle de faire face à cette responsabilité.... elle disait qu'elle avait trop trop peur.

316 Et si il n'y a pas de bienveillance de la part des encadrants.....c'est terrible. On a des
317 étudiants en souffrance.....

318 Ce qu'on a nous par rapport à l'erreur c'est quand l'étudiant que l'on sent pas fiable on ne le
319 laisse pas faire les soins, on préconise un temps avec les aides-soignantes, on arrête le temps
320 avec les infirmiers et il reste avec les aides-soignantes.

321

322 **MOI** : C'est vous qui décidez?

323

324 **F6** : Il n'y a pas de règles... enfin il n'y a pas de règles ça ne vient pas à l'esprit je vais plutôt
325 dire comme ça... maintenant que vous me le dites.... j'ai eu une étudiante il y a quelques
326 années qui s'est arrêtée.....

327 (L'entretien est interrompu par l'arrivée de sa collègue qu'elle avait tenté de joindre par
328 téléphone, et lui explique le sens de ma venue et lui demande ce qu'elle avait compris elle de
329 la demande de la directrice concernant ces entretiens. La formatrice F7 est debout dans le
330 bureau ...Elle paraît avoir du temps).

331

332 **F7** : À moi je ne pensais pas que c'était pour l'erreur.... et je n'ai pas eu de mail par rapport à
333 ça.... je sais que la directrice a donné nos coordonnées mais je n'ai pas eu de suites.....

334

335 **F6** : Et concernant l'erreur comment gérer cette erreur de l'ESI 2A avec ses médicaments ou
336 pas pilés.

337 **F7** : Ah c'était pas une histoire de médicaments pilés ou pas pilésC'était une étudiante de
338 3e année qui avait fait une erreur de prescription médicale qui avait injecté un soluté
339 hypertonique au lieu d'un soluté hypotonique...

340 En fait c'était une étudiante infirmière 2e année qui effectuait un remplacement d'aide
341 soignante à l'hôpital, qui a fait du rangement toute la nuit, qui n'a pas regardé ce qu'elle a
342 rangé à l'endroit où elle le rangeait et la troisième année est arrivée et a pris, par habitude le
343 médicament qui était dans le tiroir et hop elle est partie et elle n'a pas regardé non plus le nom
344 du soluté.

345 Ca a été signalé, la fiche d'événements indésirables a été reprise par la pharmacienne.... elle a
346 géré ça.... et elle a dit : "comme ça concerne des étudiants je propose que l'on fasse une
347 analyse de la FEI".

348 Les deux étudiantes ont été convoquées pour une analyse de cet événement indésirable. il a
349 été demandé à la troisième année qu'elle fasse une analyse des causes "c'était d'ailleurs pas
350 très brillant "ce que m'a dit la pharmacienne..... d'ailleurs elle va venir dans le cadre de mon
351 UE gestion des risques auprès des 2e année, je l'ai fait travailler sur l'erreur médicamenteuse,
352 la chambre des erreurs...

353 Donc cette année la pharmacienne quand elle va intervenir.... je lui ai demandé de parler du
354 retour de cette analyse suite à cet événement indésirable pour comprendre ce qui s'est
355 passé.... en tous les cas elle est remontée jusqu'à nous en disant "c'est quoi les enseignements
356 que vous donnez en institut", pour les préparations des injectables est-ce que vous montrez
357 les photos des ampoules"..... en fait on montre pas de photos on leur dit qu'il faut qu'il
358 regarde..... Ça n'a aucun intérêt de montrer les photos de ce qui existe à l'hôpital..... elle
359 me dit que de toute façon il fallait qu'ils questionnent l'enseignement théoriquerire...bien
360 entendu (est plus à l'aise que sa collègue).

361 En tous les cas, je lui ai dit tu sais bien comment je fonctionne sur la gestion des erreurs
362 puisque tu es avec moi.

363

364 **MOI** : Comment abordez-vous l'erreur dans vos cours ?

365

366 **F6** : Ça vous gêne si elle s'installe ?

367

368 **MOI** : Et bien non, (je m'adresse à sa collègue) si vous avez du temps, c'est parfait.

369 **F6** : Parce que nous Enfin moi je ne suis pas bien....

370

371 **F7** : En première année ils ont des notions d'incidents et d'accidents, enfin tous ces concepts
372 là. Et en deuxième année quand on fait la gestion des risques, il y a un nouveau DVD fait par
373 un universitaire qui reprend ces notions là..... De manière très simples et ensuite on part sur
374 la méthodo d'analyse en 2e année.

375

376 **MOI** : Qu'entendez-vous par méthodo ?

377

378 **F7** : Comment on analyse un événement indésirable, on utilise la méthode alarme qui est
379 préconisée par l HAS. Et ensuite moi je les fais travailler sur des fiches d'événements
380 indésirables qui sont plus ou moins complexes. Il y en a qui viennent du site de l'HAS et il y
381 en a que j'ai montées.

382

383 **MOI** : Ce n'est pas forcément toutes des situations réelles ?

384

385 **F7** : Celles de l' HAS... oui... et celles que je monte c'est issu de ma pratique.... des erreurs
386 d'administration médicamenteuse lors d'interruptions de tâches.

387

388 **MOI** : Situations que vous avez vécues ?

389

390 **F6** : Voilà.... et puis après je leur donne, je leur demande à partir de la situation qu'ils ont
391 d'identifier le ou les problèmes.

392 Après on essaie de faire une analyse des causes profondes... donc qu'est-ce que je vois au
393 départ comme cause et après quelles sont les causes plus profondes. Et si je devais mettre en
394 place des actions lesquelles je mettrais en place. Donc on va jusqu'à proposer des actions.....
395 C'est un attendu de l'évaluation.

396

397 **MOI**: Alors des actions à quel moment ? Après une erreur ?

398

399 **F7** : Alors les actions à l'instant T: je vais déclarer les événements indésirables, prévenir le
400 médecin.... toutes ces choses là. Et il y a les actions correctives pour éviter que ça se
401 reproduise.

402

403 **MOI** : C'est en cours de TD?

404

405 **F7** : Oui c'est toujours en TD, en petits groupes.

406

407 **MOI** : Et vous leur demandez des travaux écrits ou ça se passe à l'oral ?

408

409 **F7** : Alors la situation écrite je leur laisse une demi-heure pour travailler en individuel ou en
410 groupe comme ils le veulent. Ensuite il y a un temps de régulation orale d'à peu près une
411 heure. C'est eux qui m'apportent les arguments et je leur demande pourquoi, pourquoi vous
412 identifiez cette cause et pourquoi vous proposez telle action, qui va mettre en œuvre
413 l'action...C'est intéressant aussi de savoir qu'ils travaillent dans la qualité. Alors ce qu'ils
414 disent souvent c'est que ça ne sert à rien de déclarer parce qu'il n'y a pas de retour.

415 En fait c'est ça qu'ils incriminent souvent parce qu'ils disent qu'ils remplissent la feuille mais
416 après ça va où ? Et quand est-ce que le service à un retour ? Donc ça a peu de sens pour
417 eux.... parce que nos étudiants voient bien qu'il y a pas ou peu de retour.

418

419 **MOI** : Qu'attendraient-ils comme retour... les étudiants ?

420

421 **F7** : Et bien de savoir quelles actions sont mises en œuvre. La feuille d'événement
422 indésirable..... Elle part..... Mais on ne sait pas où. En tout cas nous ici on a aucun retour.

423 D'abord on n'est pas convié à l'analyse de l'événement indésirable.

424 Elle m'a juste appelée pour me demander quels étaient les enseignements qu'on dispensait et
425 je lui ai dit que pour ce que j'en sais c'est çamais que j'allais me renseigner.

426 La directrice de l'Institut n'a pas été conviée non plus. Je pense que si la pharmacienne ne
427 nous vous avait pas appelés, nous n'aurions pas eu l'info. Et je trouve ça dommage.....car on
428 est quand même un maillon important dans cet événement indésirable On aurait pu être
429 convié. (Parle très vite, tout au long de l'entretien)

430

431 **MOI** : Oui et ça questionne aussi l'accompagnement de l'étudiant après cette erreur, ça paraît
432 difficile si vous n'avez pas de retour de cet événement et ça pourrait peut-être devenir une
433 situation de formation ?

434

435 **F7** : Oui bien sûr, c'est justement de son erreur que l'on va pouvoir apprendre. Et du coup
436 l'étudiante est diplômée... elle est partie sans avoir de retour sur son erreur.

437 Après l'erreur médicamenteuse de la situation de la 2e année qui avait pilé les médicaments et
438 les avez donné à un autre patient, c'était en EHPAD.....et là ça a été retravaillé avec les
439 infirmières du service.

440

441 **MOI** : Avez-vous connaissance d'un film réalisé par un médecin sur des erreurs
442 médicamenteuses réalisées dans un service de pédiatrie et qui ont abouti à des décès ?

443 Il dit : Les parents nous l'avaient dit.... ce n'était pas comme d'habitude et il dit qu'on n'a pas
444 entendu les parents.

445

446 **F7** : Oui, c'est compliqué. Alors après en deuxième année, il y a la chambre des erreurs où on
447 peut remettre les étudiants en situation d'erreur d'administration médicamenteuse et rappeler
448 tous les verrous.....les bons médicaments... enfin la règle des 5b.

449

450 **MOI** : Questionnez-vous le raisonnement clinique ? Et évaluez-vous leurs capacités à se
451 poser les bonnes questions ... spontanément...C'est-à-dire par exemple ...le sens qu'ils peuvent
452 donner à un RDV radiobiologie demandé par le médecin ?

453

454 **F7**: Et bien en fait il faut souvent leur poser des questions, certains répondent que c'est normal
455 sans d'autre explication ou précision.

456

457 **MOI** : Est-ce que vous questionnez pourquoi à un moment donné l'étudiant fait l'erreur alors
458 qu'il a déjà fait cette activité plusieurs fois correctement ?

459

460 **F7** : Moi j'aime bien questionner le pourquoi, par exemple pourquoi on pile les
461 médicaments... je l'ai demandé à l'étudiante.

462 Elle m'a répondu qu'à son arrivée on lui pilait pas et après l'infirmière a dit on lui pile parce
463 qu'on la connaît pas bien. Alors je lui ai répondu que moi les gens que je ne connais pas....
464 quand ils viennent chez moi je fais de la bouillie (rires). Je lui ai demandé s'il s'était passé
465 quelque chose entre son arrivée et cette décision si ce n'est que le changement d'infirmière ;
466 elle n'a pas su me dire. Après on est parti sur d'autres résidents qui avaient des médicaments
467 pilés et j'ai questionné le pourquoi du comment.

468 En fait je n'avais rien..... Elle n'a pas été en mesure de me répondre au bout de 10 semaines de
469 stage dans un EHPAD de 35 lits... qui n'est pas énorme d'autant plus que c'est toujours les
470 mêmes résidents pendant 10 semaines.

471 C'est bien dommageable ...car il ne s'est pas soucié de se poser les bonnes questions.
472 Est-ce qu'elle s'est déjà questionné sur les interactions médicamenteuses, est-ce qu'il se pilent
473 ? Est-ce qu'il se pilent pas?..... ça c'est encore un autre débat. Et puis le goût pour les
474 résidents.... enfin il y a plein de choses.
475
476 **F6** : par contre pour compléter il y a une étudiante 2A qui a fait tout un travail extraordinaire
477 sur la distribution des médicaments en EHPAD.
478 Elle a pointé tous les risques sur la chaîne.... pour l'infirmière.
479 Elle a démontré toutes les failles.
480 Moi je suis tombée des nues.... vieille infirmière de médecine.....
481 Donc on a appris qu'on ne nettoyait plus les pilonsdonc la machine....Elle broie les
482 médicaments pour Monsieur X et pour Monsieur Y sans être nettoyée entre les deux.
483 Donc celui qui est au bout de la chaîne il a des petits bouts de médicaments des premiers
484 patients.
485 Sur le coup ça fait un peu comme un pavé dans la mare.... au niveau de l'équipe.
486
487 **F7** : Son travail est redescendu jusqu'à la pharmacie car j'en ai parlé avec la pharmacienne qui
488 a eu une copie du travail.
489 C'était intéressant car elle s'est centrée sur le rôle de l'infirmière mais aussi sur le rôle du
490 médecin et du patient qui n'a finalement pas sa dose ou a des médicaments d'un autre patient.
491 Ca interroge le côté systématique de ce que l'on fait.
492 En tous les cas, cette étudiante a osé aller jusqu'au bout de ce qui l'interpellait....Et c'est bien
493 là le problème c'est qu'il n'ose pas remettre en question ce que fait l'infirmière..... C'est le
494 modèle pour eux.... Et il n'ose pas parce que il y a la validation du stage qui est au bout.
495
496 **F6** : on organise aussiOn fait intervenir quelqu'un en droit ... législation... éthique de la
497 MACSF....c'est un avocat qui reprend avec eux des situations Bien sûr qui sont allées au
498 tribunal des situations de mauvaises pratiques, d'erreur avec des répercussions sur le
499 patient.
500 Et là cette année, pour toutes les promotions.... On a loué une grande salle en ville... ce sera
501 sur la responsabilité du professionnel soignant... les aides-soignantes y seront également.
502 Et c'est un avocat qui vient de Paris, il aborde de multiples thèmes.... l'erreur
503 médicamenteuse, le portable dans les soins, les interruptions de tâches, la distribution des
504 médicaments.

505 Il lève des choses que les étudiants voient fairerépondre au téléphone tout en préparant
506 les injections...etc. Et ça se passe en début juillet.

507

508 **MOI** : Comment accompagnez-vous ses étudiants qui sont, pour la plupart déstabilisés suite à
509 une erreur ? Et est-ce que cette erreur vient d'un manque de connaissance où il y aurait
510 d'autres facteurs ?

511 (Interruption de l'entretien par un collègue qui entre dans le bureau.... échange entre les
512 formateurs.... rire..... situation plutôt détendue).

513

514 **MOI** : Vous m'avez relaté des expériences des erreurs réalisées en deuxième année.... et vous
515 en avez rencontrées en 3e année ?

516

517 **F7** : Alors en 3e année.... alors nous on n'est pas en 3e année.... je ne sais pas trop.... mais
518 ils font une analyse professionnelle où on leur demande une analyse de la pratique. C'est-à-
519 dire qu'à partir d'une situation de stage qui les interpelle..... Ils vont devoir mettre en œuvre
520 un plan d'action.... faire une analyse des besoins.... proposer des actions.

521

522 **F6** : Il faut que ça réponde à une problématique de service et il propose un travail pour
523 améliorer la situation.... ça peut être par exemple le classement des médicaments aux
524 urgences.

525 Là il y a une étudiante que j'ai vue en début de semaine et qui travaille sur les chambres
526 implantables car elle s'est rendu compte qu'ils utilisent des seringues de 5cc pour faire des
527 rinçures dans les chambres implantables ...Car les recommandations c'est au moins 10cc....
528 du coup elle questionne ça. Et elle propose un tutorat d'infirmière de cancéro Pour
529 justement améliorer les pratiques. En tout cas ça part d'un constat de quelque chose qui n'est
530 pas conforme Aux recommandations.

531

532 **MOI** : Comment se passe l'accompagnement de ces étudiants ?

533

534 **F6** : Il y a des temps d'accompagnement une fois par semestre et qui sont formalisés,
535 minimum 2 fois par an et plus si besoin.

536

537 **MOI** : Qu'entendez-vous par si besoin ?

538

539 **F7** : C'est selon leurs difficultés, ça peut être notre demande où la leur. On peut demander
540 des suivis supplémentaires lorsque on les sent en difficulté, s'ils sont absents ou si ils ont un
541 comportement inadapté, ou si ça se passe mal sur les terrains de stage.... des terrains de stage
542 nous appellent.... on se déplace.... ça peut nous arriver d'y aller Deux fois, 3 fois, 4 fois.

543

544 **MOI** : utilisez-vous un écrit au niveau de l'accompagnement ? En dehors des analyses de
545 pratiques.

546

547 **F7** : J'ai accompagné un étudiant dont le stage a été arrêté.... il est venu à l'IFSI pour faire un
548 travail de recherche en lien avec son stage..... Il ne souhaitait pas s'arrêter lui, il ne voulait pas
549 être dans la nature. Donc il est venu ici et je lui ai donné un travail à faire qui compensait le
550 temps de stage.

551 J'ai vu cet étudiant et j'ai essayé d'évaluer ce qu'il connaissait sur le service, les pathologies
552 prévalentes, la typologie du service. Donc c'est ça que j'ai questionné et ça s'est terminé par
553 une recherche là-dessus.

554

555 **MOI** : Et après comment ça s'est passé pour lui ?

556

557 **F7** : Et bien lui il est reparti en stage et après il a arrêté.

558

559 **MOI** : Avez-vous fait un bilan avant qu'il parte..... Dans l'idée qu'il peut reprendre ses études
560 d'infirmier ?

561

562 **F6** : Ah oui... il a eu un avertissement pour comportement.

563

564 **F7** : Il a eu un temps d'entretien avec la directrice en présence de la maman de l'étudiant avec
565 des rapports circonstanciés que l'on avait. C'était la maman qui avait demandé d'être présente
566 c'est pas nous qui l'avions conviée. Il y avait une distance entre ce que lui disait et la réalité....
567 Et ensuite je l'ai revu encore deux fois en entretien individuel pour pointer les difficultés qu'il
568 pouvait avoir.

569 C'était compliqué car c'était un étudiant qui avait une volonté de bien faire... très intelligent
570 mais immature et pas adapté à notre profession. C'était quelqu'un qui ne pouvait pas entrer en
571 relation avec un patient sans préparer ce qu'il allait lui dire. Il était en retrait et ne se
572 mélangeait pas aux autres.... j'ai remarqué.

573 La maman qui est dans le milieu a reconnu qu'il n'avait pas le profil qui correspondait à un
574 soignant..... donc c'est quand même bien d'avoir les parents un entretien.

575 Et il nous est arrivé d'avoir les deux parents parce que l'étudiante avait l'impression que ses
576 parents ne la comprenais pas, elle était en souffrance en difficulté dans cette formation et
577 c'est ses parents qui l'a poussait à aller là-dedans.

578

579 **MOI** : En tant qu'accompagnateur on n'a pas forcément tous les éléments ?

580

581 **F7** : Non mais je pense qu'on les connaît plutôt bien nos étudiants car c'est une petite promo.

582

583 **MOI** : Ils se confient ?

584

585 **F6** : Moi je ne dirais pas qu'ils se confient, ça reste assez professionnel sauf certains cas où
586 là... moi j'en ai une qui m'a appelée hier matin pour entendre ma voix. C'est juste ça : “
587 j'avais besoin de vous entendre”.

588 Bon j'ai pris un peu plus de 5 minutes mais après j'ai arrêté car c'était stérile et je lui ai
589 proposé un rendez-vous pour qu'on se rencontre au regard de ces résultats après l'attribution
590 des crédits.

591

592 **MOI** : Et pendant l'accompagnement vous leur proposez les différentes possibilités
593 d'interruption ? Quand ça ne va pas ?

594

595 **F6** : On le représente ça quand eux mêmes sont dans cette perspective là. Moi je leur demande
596 souvent comment il explique leurs résultats..... je leur propose de revoir leur façon de
597 travailler.... ce qui bloque.....ce qui pose problème. Je leur demande s'ils ont mesuré ce qu'on
598 attend des études d'infirmière et d'une infirmière.

599 Et après il peut se poser le problème des cultures.... il y a certaines étudiantes qui sont très
600 lentes.... qui prennent leur temps....N'ont pas le même sens des priorités..... c'est inadapté
601 avec parfois une verbalisation à outrance, elle manifeste elle fait des gestes....(soupir)... et ça
602 ne la questionne pas. Moi je ne suis pas là pour la blesser... elle met toujours ça sur le
603 racisme... peut-être qu'elle est stressée mais ça ne se voit pas.... elle ne renvoie pas de
604 fiabilité. Et moi ça je ne sais pas ce qu'on peut faire.

605

606 **F7** : Alors on a ceux-là et puis on a ceux qui ne se retrouvent plus dans la formation mais que
607 les parents poussent à rester car ils les menacent de leur couper les vivres.

608 Moi j'ai un étudiant qui ne vient jamais en cours et que je vois la semaine prochaine
609PFFF..... et quand il est en cours je ne sais pas ce qu'il fait.

610

611 **F6** : Ces étudiants qui ont des soucis Il y a l'accompagnement de rencontre soit sur le
612 terrain soit ici.... On n'hésite pas chaque fois qu'on sait qu'il y a un problème on va le voir en
613 stage où on le convoque ici.....souvent il est revu avec notre directrice... il y a un
614 entretien....ça arrive relativement fréquemment quand il y a un problème ou quand ça devient
615 récurrent. Et il y a aussi tous les échanges par mail tout ça.... le téléphone...Et nous ça nous
616 arrive de prendre des nouvelles.

617

618 **F7** : Sur chaque stage ... on fait une visite donc forcément ils voient un formateur.

619

620 **MOI** : Quand vous dites... prendre des nouvelles... pouvez-vous expliquer ?

621

622 **F7** : Et bien moi par exemple j'ai une étudiante qui est en complément de formation.... Et elle
623 doit repasser une évaluation qu'elle n'a pas validée... elle m'a envoyé un mail, hier, pour
624 connaître la date de rattrapage... je lui ai donné la date et les horaires..... c'est bientôt.

625 Et elle me répond par mail..... Je vais me faire emmener..... alors là je me dis complément
626 de formation..... elle a commencé en janvier..... elle avait un problème d'épaule.... donc je
627 me suis dit si elle se fait emmener c'est qu'elle ne peut pas conduire.... donc je l'ai appelée et
628 du coup en discutant elle me dit je vais me faire opérer "mercredi" ... donc ok..... ...alors je
629 lui ai dit que dans la mesure où elle était en arrêt de travail on ne pouvait pas l'accepter en
630 évaluation par contre je lui ai proposé de d'échanger avec elle au sujet de son évaluation si
631 elle le désirait.

632 On a discuté longuement de ça et j'ai fait les liens avec son stage qu'elle n'avait pas validé

633 Elle repasse pour la quatrième fois une unité d'enseignement qui traite un projet de soins à
634 partir d'une situation papier.

635 J'ai fait un accompagnement individuel l'année dernière donc je lui envoyais des travaux....

636 Elle me les renvoyait...je lui corrigeais et je me suis rendu compte que c'était le raisonnement
637 clinique qui pêchait car elle ne faisait pas de lien, elle ne se questionnait pas et avait du mal à
638 identifier les problèmes.

639 Elle est quand même en semestre 6 et je suis repartie des projets de soins du semestre 2 pour
640 la faire travailler..... je suis repartie de la base. Voilà petit à petit on a cheminé mais elle est
641 toujours incapable de lier les choses entre elles.... Des petits trucs tout simples qu'elle arrive
642 pas à faire.

643

644 **F6** : En suivi pédagogique on a aussi tous les étudiants qui n'ont pas validé une UE et qui
645 viennent voir le formateur référent de l'UE. On a installé des ateliers d'aide à la réussite c'est-
646 à-dire quelque chose de collectif ou alors ils viennent en individuel.

647

648 **MOI** : Que faites-vous dans les ateliers d'aide à la réussite ?

649

650 **F6** : On reprend l'évaluation et on voit avec eux comment ils ont répondu.

651

652 **F7** : Alors moi j'aime bien le faire en groupe... par exemple sur la 5.3, je leur redonne le
653 sujet, on le réanalyse tous ensemble..... et ensuite une fois qu'on a fini ça..... je leur donne
654 leur copie pour qu'ils se rendent compte de là où ça a été et de là où ça ne pas ça n'a pas été...
655 justement.

656

657 **F6** : Moi quand je les ai en groupe je fais ça mais quand je les ai individuellement.
658 je reprends les questions et je leur ai dit comment vous entendez cette question ça veut dire
659 quoi.....la réponse je m'en fou ce qui m'intéresse c'est comment ils lisent la
660 question.....Et moi-même je ne suis plus dedans car moi après... la réponse je l'ai plus
661 enfin je pourrais aller la chercher.. Enfin c'est une façon de parler.... ce qui m'intéresse c'est
662 comment ils lisent une question...et comment je peux arriver à trouver la réponse avec ma
663 formation étudiant infirmier et qu'est-ce que j'en ai entendu parler par ailleurs je pense
664 par exemple à la grippe.

665

666 **MOI** : pourquoi vous insistez sur la compréhension de la question?

667

668 **F6** : Pour pouvoir transférer dans les autres situations les autres unités d'enseignement comme
669 par exemple tout ce qui est en lien avec l'administration médicamenteuse.

670

671 **F7** : Après dans ce groupe de suivi... vient qui veut... pour le moment j'ai un groupe de 13 qui
672 doivent rattraper et je n'ai que 6 inscrits.

673 **MOI** : Et ça dure combien de temps c'est atelier ?

674

675 **F7** : 2h

676

677 **MOI** : Dans ces ateliers...ils sont autonomes ? Ils travaillent ensemble ?

678

679 **F7** : Non alors moi je suis au tableau et je note tout ce qu'ils me disent et par exemple dans le
680 cas du projet de soins s'ils me donnent des problèmes je leur demande d'argumenter et
681 pourquoi ils m'ont donné ce problème là et généralement je demande à la personne qui m'a
682 donné ce problème.

683 Voilà on argumente et après on part sur les actions qui doivent mettre en place sur rôle propre
684 et sur prescription médicale et ensuite quels sont les critères d'évaluation. Après on passe aux
685 problèmes suivants etc. Et bien rien que ça..... j'identifie..... j'argumente..... et ben là il y a
686 du boulot.

687

688 **MOI** : Est-ce que ceux qui ont validé cette évaluation peuvent participer à ce temps de
689 travail.... dans l'idée de confronter et d'aider ses collègues ?

690

691 **F7** : Alors ils peuvent venir... mais ils ne viennent pas parce qu'en fait ils ont leur évaluation
692 ils s'en foutent. En TD par contre là en ce moment on a une promotion ou ceux qui réussissent
693 laissent parler ceux qui ont des difficultés ce qui n'est pas toujours le cas car il y a des promos
694 ou ceux qui ont des difficultés ne trouvent pas leur place et ne peuvent pas s'exprimer parce
695 que les bons éléments parlent tout le temps et quand un étudiant a des difficultés dit des
696 choses fausses et bien ils se moquent limite de lui. Il n'y a pas toujours de bienveillance il y a
697 des compétitions entre les bons et les pas bons.

698 Récemment j'ai eu un groupe qui a fait un travail ensemble.... j'ai regardé tout le monde.....
699 Je leur ai dit "ça vous convient"..... et ils m'ont répondu "oui oui"..... Je voyais bien qu'on me
700 regardait.... et moi je leur ai dit "ça ne me convient pas... j'ai rien compris.... ça ne
701 correspond pas ce que j'attends aux consignes de travail que j'ai données..... et en plus j'ai rien
702 compris (rire)..... qu'est-ce que c'est que ce travail qu'est-ce que vous voulez faire.... je ne
703 sais pas de quoi vous me parlez. Et là les étudiants ont dit "bah nous non plus on n'a rien
704 compris". Et ben je leur ai dit il faut le dire.

705

706 **MOI** : Ca questionne leur posture sur le terrain ?

707 **F6 et F7** : Eh bien oui bien sûr.

708

709 **F6** : Ça me fait penser à ce que rapportent certains étudiants qu'on ne peut pas contrarier
710 certains professionnels... qu'ils n'osent pas parce que en même temps c'est un peu le modèle.

711

712 **MOI** : Comment travaillez-vous cette posture à être capable de dire ... bien ça je ne veux pas
713 le faire parce que ça peut me mettre en difficulté ?

714

715 **F6** : On leur donne souvent des nouveaux textes, des nouvelles recommandations et on leur
716 demande d'insister auprès des professionnels sur ce qu'ils peuvent faire ou pas à partir de
717 ça.... c'est les aider à développer le dialogue et à s'appuyer sur des choses solides.

718

719 **MOI** : Concernant l'erreur d'administration médicamenteuseest-ce que vous vous basé
720 sur les théories de l'erreur ?

721

722 **F6** : Moi ce que je trouve intéressant c'est les théories psychanalytiques sur les actes manqués,
723 ce sens caché.... c'est intéressant ce côté-là aussi.

724 (Cherche dans son ordinateur) on peut le trouver peut-être pas dans l'interprétation des rêves
725 C'est Freud..... Peut-être dans la technique psychanalytique..... Non..... attendez je
726 cherche..... il y a psychopathologie de la vie quotidienne. Ce qui compte c'est surtout
727 d'avoir tout mis en œuvre pour que cette erreur ne se produise pas.

728

729 **F7** : Moi ça me fait penser à une étudiante qui avait fait une erreur d'administration
730 médicamenteuse et qui me disait bien moi j'en ai toujours donné puisque j'étais aide-soignante
731 en EHPAD.

732 Ils ne donnent pas de sens ... Ça montre bien qu'elle fait les choses comme quand elle était
733 aide-soignante c'est-à-dire qu'elle ne donne pas de sens à ce qu'elle fait. Je lui ai demandé
734 pour elle ce qu'était le médicament..... à quoi ça sert et qu'est-ce qu'on doit faire quand on
735 doit administrer les médicaments. Pour elle les médicaments c'est banal.....on banalise la
736 distribution des médicaments.

737

738 **F6** : La métapsychologie L'éditeur pointe quelque chose.... (Cherche et ne trouve pas).....

739

740 **F7** : On essaie de mettre toutes les barrières pour ne pas que l'erreur arrive mais on est obligé
741 de tenir compte des étudiants aussi de leurs niveaux et aussi la réalité de terrain qui fait que
742 des fois on a la tête dans le guidon.....
743

1 ANNEXE 7

2 **ENTRETIEN ETUDIANTE EN SOINS INFIRMIERS 3ème ANNÉE (ESI)**

3
4 Présentation de mon sujet de mémoire à l'étudiante.

5
6 **MOI** : Pouvez-vous me rappeler votre sujet de mémoire et si vous le faites seule ou en groupe
7 de 4 à 5 étudiants ?

8
9 **ESI** : Alors je fais mon mémoire seule. Alors la problématique de mon mémoire c'est : en
10 quoi la responsabilité de l'infirmière peut-elle être engagée face à l'erreur administration
11 médicamenteuse d'un étudiant en soins infirmiers ?

12 Mon hypothèse c'est (cherche son écrit de son travail de recherche et lit l'hypothèse)
13 Ayant peu vu de déclaration d'événements indésirables durant mes stages... je me suis
14 interrogée et je me suis demandé si les soignants déclaraient bien les événements indésirables
15 lors d'apparition des erreurs médicamenteuses..... j'ai supposé également que dans ce cas les
16 soignants pouvaient ressentir certaines craintes à effectuer cette déclaration par rapport aux
17 conséquences engendrées ...Les enjeux de la responsabilité du soignant...crainte de ne plus
18 être reconnue comme un professionnel de perdre la confiance de l'équipe soignante et de
19 l'institution. J'ai choisi ce sujet parce que cette situation m'a beaucoup affectée.

20
21 **MOI** : Pouvez-vous me présenter le contexte ?

22
23 **ESI** : J'étais en poste de 11h30 et toute la journée j'avais fait les pansements le matin....
24 l'après-midi j'avais vérifié tous les piluliers.... j'avais fait pas mal de trucs et j'étais un petit
25 peu.... déconcentrée.

26
27 **MOI** : Fatiguée ou déconcentrée ?

28
29 **ESI** : Oui fatiguée par la charge de travail et à maintenir une certaine concentration et j'étais
30 très stressée donc davantage perturbée (voix tremblante ...émotion perceptible mais ne
31 montre pas d'hésitation à rapporter son expérience).

32
33 **MOI** : Pourquoi vous étiez stressée ?

34

35 **ESI** : Et bien parce que je commençais mon stage. J'avais fait la vérification des piluliers avec
36 une infirmière, et l'infirmière me dit « va aider l'autre infirmière en salle de restauration pour
37 distribuer les traitements ».

38 Alors je demandais à chaque fois..... elle me dictait les noms et puis..... ben.....je me suis
39 trompé de personne.... j'ai même aidé la personne à prendre ses médicaments.

40

41 **MOI** : Comment s'est passé la distribution des médicaments entre l'infirmière et vous?

42

43 **ESI** : Elle me donnait les médicaments en main..... et elle me disait ben là c'est pour
44 Madame untel.....et dans le cas où j'ai réalisé mon erreur elle m'a dit c'est la dame avec le
45 gilet turquoise. Et je sais pas pourquoi dans ma tête..... J'ai pas vu turquoise de la bonne
46 couleur.... je me suis dirigée vers la mauvaise personne.

47 J'ai été beaucoup affectée parce que l'infirmière a été très stricte..... Elle a eu envers moi des
48 paroles qui m'ont énormément blessée. Je savais que j'avais tort..... Elle m'a dit que ça ne
49 servait à rien de pleurer devant elle..... qu'il fallait que j'assume ... mes responsabilités.....

50 Qu'il fallait que j'aille appeler le SAMU pour savoir les directives à mettre en place.

51 C'est ce que j'ai fait.... au début heuÇa allait et après l'autre infirmière a pris le relais
52 parce que ma voix tremblait au téléphone... j'étais vraiment très

53 Et après il n'y a vraiment aucune conséquence pour la patiente parce que ce n'était pas des
54 médicaments bien...heu.... mais je me suis remise en question car je me suis dit que ça aurait
55 pu avoir des conséquences plus graves.

56

57 **MOI** : Quel était le médicament ?

58

59 **ESI** : C'était 4 gouttes d'Haldol et un médicament pour réguler le pouls.

60

61 **MOI** : Et donc vous avez appelé le SAMU et l'autre infirmière a repris le relais parce que
62 vous n'étiez pas bien?

63

64 **ESI** : Oui.

65

66 **MOI** : Vous, que faisiez vous pendant ce temps-là ?

67

68 **ESI** : Je suis restée auprès de l'infirmière. Elle avait mis le haut-parleur donc j'écoutais ce
69 qu'on devait faire..... Je me suis ensuite dirigée vers l'autre infirmière avec qui ça s'est
70 passé et je lui ai expliqué ce que le médecin avait dit.... Et après j'ai fait les transmissions
71 écrites pour l'équipe du soir.

72

73 **MOI** : Qu'avez-vous transmis?

74

75 **ESI** : J'ai mis que j'avais fait une erreur médicamenteuse, que je m'étais trompée de patient et
76 que du coup on avait contacté le SAMU et qu'il fallait surveiller le pouls de la patiente
77 régulièrement et voir si elle était consciente. Le lendemain matin je n'étais pas en poste mais
78 j'ai quand même contacté l'établissement pour avoir des nouvelles de la patiente.

79

80 **MOI** : D'accord... Donc d'après ce que je comprends le contact avec l'infirmière avec qui
81 vous avez fait l'erreur a été assez éprouvant pour vous..... donc j'ai bien compris la situation
82 que vous m'avez relatée.

83 Avez-vous vérifié les effets secondaires des médicaments après avoir fait l'erreur ?

84

85 **ESI** : Oui oui... tout de suite avant d'appeler le SAMU. Elle voulait regarder pour quoi avait
86 été indiqués les médicaments.... Oui oui tout de suite je l'ai suivie et j'ai pris le réflexe de
87 prendre le Vidal et de regarder pour quoi ils étaient indiqués et les effets que ça pouvait
88 provoquer.

89

90 **MOI** : Et dans ce service est-ce habituel comme pratique que l'infirmière donne les
91 médicaments à l'étudiante qui doit le donner au patient ?

92

93 **ESI** : Oui c'est pour faire pratiquer.... ils le font assez souvent....hein.

94

95 **MOI** : Donc si je comprends bien, l'infirmière vous donne les médicaments mais ce n'est pas
96 vous qui vérifiez l'identité du patient, la prescription médicale, la préparation du médicament
97 ?

98 **ESI** : Et bien en fait elle vérifiait le contenu du pilulier ... l'identité du patient et après elle m'a
99 montré le patient à qui il fallait donner le médicament.

100

101 **MOI** : Est-ce que lors de la distribution du médicament il y avait un dossier patient ?

102 **ESI** : Non il n'y avait rien du tout.... il y avait juste marqué le nom, le prénom et le numéro de
103 la chambre sur le pilulier.

104

105 **MOI** : Il n'y avait pas les dossiers patients ?

106

107 **ESI** : Non il n'était pas dans le chariot au moment de la distribution des médicaments.

108

109 **MOI** : D'accord. Et ensuite y a-t-il eu une déclaration de l'erreur ?

110

111 **ESI** : Non il n'y a pas eu de déclaration d'événements indésirables de faite. On en a
112 juste..... Moi j'ai été très perturbée par cette situation et j'en ai parlé avec l'infirmière avec
113 qui ça s'est passé. J'en ai reparlé avec ma tutrice mais il n'y a pas eu de déclaration
114 d'événement indésirable. Donc j'ai enquêté par rapport à ça.... pour mon mémoire.

115 J'ai eu un entretien avec le référent du service qualité de l'hôpital et j'ai fait des questionnaires
116 qui ont été distribués dans les services de médecine et là j'ai fait le dépouillement il n'y a pas
117 longtemps et mon hypothèse se révèle vrai. Soit les gens ils prennent trop à la légère et
118 ils se disent que la déclarer au médecin de façon orale c'est suffisant..... Soit ils le font pas
119 parce qu'ils ont peur des conséquences derrière.

120

121 **MOI** : Quel était l'objet de la recherche auprès du référent du service qualité ?

122

123 **ESI** : Je lui ai demandé si dans l'établissement il y avait des outils mis en place pour pouvoir
124 déclarer un événement indésirable, si les événements indésirables étaient catégorisés, si sur le
125 nombre de déclarations qu'ils avaient eu l'an dernier combien concernait une erreur
126 d'administration médicamenteuse.

127

128 **MOI** : Et vous avez eu la réponse à cette question ?

129

130 **ESI**: Oui..... Il en a eu aucune concernant les erreurs d'administration médicamenteuse.... il a
131 eu 282 événements déclarés mais aucune déclaration d'erreur médicamenteuse.

132 Et je lui ai demandé aussi.... quand un étudiant faisait une erreur médicamenteuse par qui la
133 déclaration devait être faite. Il a dit qu'elle devait être déclaré à la fois par l'étudiant et par
134 l'infirmier avec qui ça s'est passé. Et je lui ai demandé si ça s'était déjà produit..... et il m'a dit
135 que non.

136 En fait il m'a dit que il y avait sûrement beaucoup de trucs qu'il ne savait pas et que ça avait
137 dû sûrement déjà se produire mais qu'il n'avait jamais eu de déclaration.

138

139 **MOI** : Est-ce qu'il vous a parlé de REMED?

140

141 **ESI** : Non il ne m'a pas parlé de ça.

142

143 **MOI** : Et lorsqu'il y a des déclarations d'événements indésirables lui avez-vous demandé ce
144 qu'il en fait ?

145

146 **ESI** : Oui.... quand une personne remplit une fiche d'événement indésirable.... après c'est le
147 référent qualité qui l'a réceptionne..... et ils en parlent dans leur comité.....Chaque fiche est
148 revue lors d'une réunion entre les différents membres de la cellule.

149 Il y a une cadre de santé coordinatrice de la gestion des risques... le référent du service
150 qualité... Un médecin et la directrice des soins. Et ils revoient tous ensemble chaque
151 événement qui a été déclaré et ils en étudient une plus précisément... et une qui aurait besoin
152 de refaire quelque chose tout de suite derrière.

153

154 **MOI** : Et l'étudiant est-il présent ? Est-ce que ça se fait à distance de l'événement ?

155

156 **ESI** : Les personnes qui ont déclaré les événements ne sont pas là. Et il m'a dit qu'il n'y avait
157 que la cadre de la gestion des risques et le référent de la qualité qui avaient les noms sinon
158 pour les autres personnes du comité c'est de manière anonyme.

159

160 **MOI** : Et est-ce qu'on lui demande quelque chose à l'étudiant qui a commis l'erreur ?

161

162 **ESI** : Il ne m'a pas du tout parlé de l'étudiant.

163

164 **MOI** : Est-ce qu'il y a un retour à l'IFSI ?

165

166 **ESI** : Non.

167

168 **MOI** : Bien.... est-ce qu'à l'IFSI on vous a parle de culture de l'erreur ?

169

170 **ESI** : Euh non. On a eu une petite conférence avec une juriste..... où on a parlé de la
171 responsabilité de l'infirmière autour de l'erreur mais sinon non.

172

173 **MOI** : Et dans le cadre de la gestion des risques ?

174

175 **ESI** : Oui.

176

177 **MOI**: Comment est présentée cette conférence sur la responsabilité autour de l'erreur ? Qu'en
178 avez-vous retenu ?

179

180 **ESI** : En fait durant la conférence....heu En fait avant la conférence on a eu un cours où
181 elle nous avait imprimé différents cas où il y a eu des erreurs...heu ... ce que ça engendrait.

182 En fait ce que je retiens c'est qu'il faut vraiment faire attention parce que... il faut vraiment
183 tracer tout ce qu'on fait....vérifier..... Enfin voilà.

184

185 **MOI** : Est-ce que la directrice ou des formateurs vous ont expliqué la culture de l'erreur ?

186

187 **ESI** : euh nonnon non.

188

189 **MOI** : A l'IFSI, est-ce qu'on vous a dit que si vous faisiez une erreur vous deviez la déclarer ?

190

191 **ESI** : On ne l'a jamais vraiment abordé..... enfin.... peut-être si... que quand un soignant fait
192 une erreur il faut forcément la déclarer déjà pour se couvrir car les conséquences pourraient
193 être plus graves si on ne la déclarait pas.

194

195 **MOI** : Mais qui vous disait ça ?

196

197 **ESI**: Et bien c'est avec la juriste.

198

199 **MOI** : Ce n'est pas l'équipe pédagogique de l'IFSI ?

200

201 **ESI** : Non.

202

203 **MOI** : Avant de partir en stage, on vous prévient du risque d'erreur et de ce que vous devez
204 faire ?

205

206 **ESI** : Non.

207

208 **MOI** : En dehors des conséquences portées sur le patient, est-ce que vous abordez le risque
209 lié à la non déclaration de l'erreur d'administration médicamenteuse ?

210

211 **ESI** : Non.

212

213 **MOI** : Et bien c'est de reproduire cette erreur, si vous ne faites pas d'analyse de pratique de
214 votre erreur...

215

216 **ESI** : Oui Et je pense que la moitié des étudiants n'en parlent pas aux formateurs
217 justement par la peur de ce qu'on pourrait leur dire. Tandis que moi j'en ai fait une analyse de
218 la pratique.

219

220 **MOI** : Qui vous l'a demandé ?

221

222 **ESI** : Personne c'est de ma propre initiative... la plupart des étudiants qui font des erreurs ils
223 ne le disent pas....

224

225 **MOI** : Vous m'aviez dit qu'après l'erreur vous étiez allée voir votre formateur ?

226

227 **ESI** : Oui.

228

229 **MOI** : Et là comment ça s'est passé ? Qu'est-ce que vous avez dit ? Qu'est-ce qu'il a fait ?
230 Comment il vous a accompagnée ?

231

232 **ESI** : Et bien en fait... c'est le référent de mon stage que je suis allée voir... on a en fait un
233 référent par lieu de stage. Et moi j'ai contacté cette personne-là et je lui ai dit que j'avais fait
234 une erreur.

235 Elle m'a dit que j'avais bien agi... que j'avais fait ce qu'il fallait... Et que si ça pouvait m'aider à
236 me vider un peu... justementd'en faire une analyse de la pratique. Alors au début je voulais

237 pas justement par peur de ce qu'on aurait pu me dire.... et après je me suis dit si. Mais sinon
238 elle ne m'a pas parlé de déclarer ou de quoi que ce soit.

239

240 **MOI** : Et est-ce que vous avez rencontré votre référent de suivi pédagogique?

241

242 **ESI** : Oui. Je ne l'ai pas vu en direct mais on s'est contactés par mail parce que du coup je lui
243 ai envoyé mon travail et elle m'a dit que c'était très courageux de ma part de faire une analyse
244 de la pratique parce que justement beaucoup ne le font pas.

245

246 **MOI** : D'accord.... et votre référent de suivi pédagogique vous l'avez vu combien de temps
247 après l'erreur ?

248

249 **ESI** : Euh ...ben ...euh...à la fin de mon stage ... Je saurais même pas vous dire à quel moment.
250 Heu...à la fin de mon stage de 10 semaines... et ça s'est passé au tout début.

251

252 **MOI** : d'accord. Quand vous dites on a la peur de.... vous en avez déjà parlé entre étudiant ?
253 C'est la peur de quoi ?

254

255 **ESI** : La peur de ne pas avoir le DE. Moi j'avais surtout la peur de recommencer... reproduire
256 la même chose.... et ça me mettait une pression d'avoir fait cette erreur parce que je ne
257 pouvais pas m'empêcher de regarder 50000 fois avant de les faire les choses avant de les
258 faire....heu....

259

260 **MOI** : Et ça c'est source d'erreur pour vous ?

261

262 **ESI** : Et bien oui.

263

264 **MOI** : Est-ce la peur que le stage ne soit pas validé ?

265

266 **ESI** : Oui c'est ça... mais le mien a été validé.

267

268 **MOI** : Ca veut dire qu'ils n'ont pas tenu compte de l'erreur que vous avez faite ?

269 **ESI** : Si... ils en ont tenu compte mais ils m'ont expliqué qu'étant donné que j'avais fait les
270 bonnes choses... que j'avais contacté.... euh ils ne voyaient pas l'utilité de revenir là-dessus.

271 **MOI** : Est-ce qu'il vous a manqué quelque chose dans le domaine de l'accompagnement par le
272 formateur ? À l'IFSI ? Ou en théorie ?

273

274 **ESI** : Je ne sais pas parce que je me dis que quand on le voit en cours et quand on le vit
275 réellement..... Peut-être que oui... j'aurais vu les choses autrement. Ben ... disons que par
276 rapport au cours que nous avons eu avec la juriste par rapport à la responsabilité
277 infirmière..... Et bien oui ça fait peur.

278

279 **MOI** : Est-ce que le fait que ça vous fasse peur peut engendrer l'erreur ?

280

281 **ESI** : Oui je pense que ça peut engendrer l'erreur, nous paniquer.

282

283 **MOI** : et votre analyse de pratique ? Vous l'avez fait lire ?

284

285 **ESI** : Oui à mon référent pédagogique.

286

287 **MOI** : Donc si j'ai bien compris c'est votre référent de stage qui vous a proposé de faire une
288 analyse de pratique et vous l'avez fait lire à votre référent de suivi pédagogique à la fin du
289 stage ?

290

291 **ESI** : Pendant le stage je lui envoyé mon analyse de pratique par mail et elle me l'a renvoyée
292 pour voir si j'avais des modifications à faire ou pas.

293

294 **MOI** : Avez-vous eu un rendez-vous avec elle dans son bureau ou ailleurs ?

295

296 **ESI** : Non.

297

298 **MOI** : Est-ce qu'un contact visuel avec votre formatrice référente vous a manqué ?

299

300 **ESI** : Peut-être parce que je pense que j'avais réellement besoin d'en parler..... j'étais vraiment
301 pas bien ...hein.(insiste)

302 Je voulais arrêter ma formation J'étais tellement perturbée.... vraiment..... vraiment j'étais
303 vraiment pas bien. Oui.... je crois que j'aurais vraiment aimé..... mais j'aurais pu aussi avoir
304 l'initiative de la contacter pour lui dire que j'avais envie de la voir.... et je l'ai pas fait.

305 **MOI** : Pourquoi vous l'avez pas fait ?

306

307 **ESI** : Trop de charges émotionnelles.

308

309 **MOI** : Et une fois que vous avez réalisé votre analyse de pratique... qu'est-ce que cela vous a
310 apporté ?

311

312 **ESI** : Ca m'a fait réfléchir, il fallait que je reprenne confiance en moi plutôt que de me fier à
313 une couleur, lui demander de me dire la personne en question. Au moment où je ressentais de
314 la fatigue... je pense que j'aurais dû en parler et euh... ne pas distribuer de médicaments pour
315 justement ne pas faire d'erreur.

316

317 **MOI** : est-ce que vous en avez fait d'autres erreurs ?

318

319 **ESI** : Non.

320

321 **MOI** : Est-ce que vous en avez parlé à vos collègues étudiants ?

322

323 **ESI** : Oui mais uniquement avec les personnes avec qui je suis habituellement à l'IFSI.

324

325 **MOI** : Comment ont-ils réagi ?

326

327 **ESI** : Et bien eux ça les a fait réfléchir aussi. Car ils se sont dit que ça pouvait aussi leur
328 arriver et qu'il était nécessaire de prendre confiance en nous pour éviter ce genre de choses.

329

330 **MOI** : Est-ce que l'un d'entre vous a révélé une erreur qu'il aurait faite ?

331

332 **ESI** : Non.

333

334 **MOI** : Est-ce que vous abordez l'erreur en TD ?

335

336 **ESI** : Non... non...franchement ça me dit rien.

337

338 **MOI** : Dans le cadre de la gestion des risques avez-vous des TD en lien avec l'erreur ?

339 **ESI** : Avec l'erreur... non... Je crois... non on en a pas eu...non.

340

341 **MOI** : Est-ce que cela vous aurait aidée de parler de l'erreur en TD, des causes, des facteurs ?

342

343 **ESI** : Oui je pense parce que d'un autre côté nous ça nous fait réfléchir et ça nous aide à
344 adopter les bons gestes entre guillemets ... Pour justement éviter ça.

345

346 **MOI**: Aujourd'hui est-ce que vous savez ce que vous devez mobiliser comme verrou pour
347 éviter une erreur dans l'administration médicamenteuse ?

348

349 **ESI** : C'est l'histoire des 5B ?

350

351 **MOI** : Oui... qu'est-ce que pour vous les 5 B ?

352

353 **ESI** : Le bon médicament À la bonne dose... au bon patientAu bon moment.... et
354 après je sais plus.... je sais plus.

355

356 **MOI** : Est-ce facile pour vous de mobiliser sur le terrain les règles apprises à l'Institut ?

357

358 **ESI** : Ben non pas vraiment parce que il y a des fois on est tellement pressé par les soignants
359 du fait du manque de temps... que..... on fait les choses sans réfléchir. Des fois c'est pas
360 évident.

361

362 **MOI** : Et comment se passe l'accompagnement en 3ème année avec votre formateur référent
363 de suivi pédagogique ?

364

365 **ESI** : Généralement quand on a besoin de voir notre formateur on le contacte et après il nous
366 propose leurs disponibilités. De sûr on les voit à chaque fin de semestre pour discuter de ce
367 qu'on a pensé du semestre, si on a eu des difficultés, ce que l'on ressent à ce stade de la
368 formation.

369

370 **MOI** : Lors de ces rendez-vous est-ce que c'est l'occasion de présenter votre analyse de
371 pratique ?

372

373 **ESI** : Non, concernant les analyses de pratique on ne communique que par mail avec les
374 référents.... on les envoie pendant notre stage. ils nous font des suggestions... on adapte en
375 fonction et ils nous disent par mail si c'est validé ou non. On les voit jamais pour les analyses.
376 Non.

377 Il y a juste des temps où on doit revenir du stage où il y a 3 heures d'analyse de la pratique en
378 petits groupes où chacun expose sa situation mais ce n'est pas notre référent pédagogique, ce
379 sont d'autres formateurs avec qui on n'a pas l'habitude de travailler.

380

381 **MOI** : Est ce bloquant ?

382

383 **ESI** : Je dirais que non parce que ça donne des avis extérieurs.... donc non c'est pas plus mal
384 avec d'autres formateurs.

385

386 **MOI** : Donc c'est rendez-vous au mieux une fois par semestre ?

387

388 **ESI** : Oui.... mais là pour ce dernier stage... on en aura pas.

389

390 **MOI** : Vous m'aviez bien dit que vous n'avez pas eu le temps de rencontre avec votre référent
391 pédagogique après avoir réalisé une erreur ?

392

393 **ESI** : Oui c'est ça, je l'ai eu au téléphone pour mon AP.

394

395 **MOI** : Par rapport à votre mal-être qu'auriez-vous souhaité ?

396

397 **ESI** : Et bien d'en parler. Après par rapport à cette erreur j'avais encore plus perdu confiance
398 en moi, j'allais en stage avec la boule au ventre... j'étais pas bien quoi..

399 Et justement ma tutrice de stage m'a prise à part et on en a discuté et c'est ça qui a fait qu'après
400 j'ai rebondi et mon stage s'est mieux passé... mais...euh J'étais oui.... et je ne voulais
401 plus travailler avec l'infirmière avec qui j'avais fait l'erreur parce que j'avais peur de
402 recommettre une erreur..... Oui je pense qu'à ce moment-là j'aurais pu refaire une erreur.

403

404 **MOI** : Vous m'avez dit que vous aviez eu envie d'arrêter....qu'est-ce qui a fait que vous
405 n'avez pas arrêté votre formation ?

406

407 **ESI** : Et ben c'est justement la référente du stage qui m'a dit de ne pas arrêter ma formation
408 pour ça et de rebondir en me disant que je ferais attention.... que je ferais telle ou telle
409 chose..... En fait quelque chose qui m'apporte une leçon que de me dire il faut que j'arrête.

410

411 **MOI** : Quand avez-vous compris quand on vous a dit de faire telle ou telle chose ?

412

413 **ESI** : Par rapport à mon attitude quand je ferais des soins. De bien vérifier.

414 Si je doute de demander à l'infirmière qu'elle me montre le patient.... des choses comme ça.

415

416 **MOI** : Justement je voudrais savoir ce que vous mettez sous les choses comme ça ? Vérifier ?

417

418 **ESI** : Et bien c'est justement de vérifier l'identité du patient c'est-à-dire lui demander son nom,
419 son prénom s'il est en capacité de répondre ou de regarder un trombinoscope quand il y a un.
420 Elle m'a dit aussi que si je n'étais pas bien par rapport à cette situation que je n'hésite pas à la
421 recontacter.

422

423 **MOI** : Et vous ne l'avez pas contactée alors que vous n'étiez pas vraiment bien ? Qu'est-ce
424 qui vous a empêché ?

425

426 **ESI** : C'est suite au fait d'en avoir parlé avec ma tutrice de stage qui a fait que après ça allait
427 un peu mieux. La formatrice référente du terrain est venue quand même me voir 2 fois sur le
428 terrain de stage... ils le font chaque fois pour voir comment ça se passe et j'en avais quand
429 même discuté avec elle à ce moment-là.

430

431 **MOI** : Est-ce que vous traitez du risque d'erreur dans l'enseignement 2.11 les thérapeutiques ?

432

433 **ESI** : En 2.11 c'était vraiment que sur..... c'était des cours fait par les pharmaciens pour nous
434 parler des médicaments mais sinon....heu...

435 Si.... On a eu je crois bien un cours sur ça..... c'était ce que je vous disais la règle des
436 5B....euh.... avec les pharmaciens qui avaient fait un cours sur ça.

437 **MOI** : En quelle année ?

438

439 **ESI** : En deuxième année.

440

441 **MOI** : Et en première année ?

442

443 **ESI** : Ma première année je l'ai faite dans une autre école.... et non il n'y avait pas.

444

445 **MOI** : Et en troisième année ?

446

447 **ESI** : Non on n'a pas parlé de l'erreur Je ne me rappelle plus ce qu'on a fait en 2.11.

448 Si ils nous ont peut-être fait des rappels par rapport à ça mais c'était vraiment...heu...

449 vraiment pas en s'attardant dessus quoi.

450

451 **MOI** : Qu'entendez-vous par rappel ?

452

453 **ESI** : C'était l'identitovigilance... c'était fait en diaporama..... Mais je ne m'en rappelle plus je

454 ne peux plus vous dire.

455

456 **MOI** : Et concernant par exemple la transfusion sanguine, avez-vous des cours ou des TD ?

457

458 **ESI** : Et bien si je me souviens bien on a déjà eu un cours et après TD en plusieurs étapes....

459 par exemple on devait être capable de dire quel document en avait besoin pour transfuser.

460 On a manipulé et on a été évalué sur ça. C'était des TD validants. Sinon pour les autres actes

461 comme la pose de sonde urinaire ou la pose de sonde gastrique on a eu des protocoles papier.

462

463 **MOI** : Et concernant l'apprentissage des calculs de dose ?

464

465 **ESI** : Et bien les calculs de dose... c'est à chaque fois qu'on étudie la pharmaco sur les 3

466 années et ça augmente de niveau chaque année.

467

468 **MOI** : C'est-à-dire ?

469

470 **ESI** : Au début c'est la règle de trois. Après c'est les calculs d'héparine et de pousses seringues

471 en deuxième année. Et en troisième année c'est avec les gammas.

472

473 **MOI** : Et là vous n'avez pas été en difficulté ?

474

475 **ESI:** Ah sibeaucoup par rapport aux gammas parce que c'est très compliqué..... mais
476 après..... les formateurs mettent des temps personnels pour les personnes qui ont des
477 difficultés justement pour pouvoir les aider. Avant les partiels pour ceux qui ont des
478 difficultés ils prévoient un temps pour qu'on puisse s'exercer à faire des calculs.

479 Ils nous disent aussi d'aller à la bibliothèque si on en a besoin car il y a des livres de calcul de
480 dose pour qu'on puisse s'exercer. Et ils nous disent aussi de venir les voir quand on a fait des
481 calculs pour voir si les résultats sont bons et qu'il puisse nous expliquer si ça ne va pas.

482

483 **MOI :** Donc les formateurs regardent les résultats et si les résultats sont bons ils valident vos
484 exercices ?

485

486 **ESI :** Oui mais ils regardent aussi si les étapes qui nous amènent aux résultats sont correctes.
487 En partiel on a une partie calcul de dose sur 10 une partie sur la théorie sur 10 comme la
488 connaissance des médicaments, des effets secondaires.

489

490 **MOI :** Ce type de partiel est répété dans toutes les 2.11 ?

491

492 **ESI :** Oui on a toujours des calculs de doses dans les partiels de 2.11.

493

494 **MOI :** Avez-vous des calculs de doses dans les autres unités d'enseignement comme les
495 processus ?

496

497 **ESI :** Non que dans la 2.11. Ca peut arriver qu'il nous mette des calculs de doses dans les
498 processus mais pas dans les évaluations.

499

500 **MOI :** Donc dans les calculs de doses le raisonnement est questionné ... comment se passe
501 concrètement ce temps là avec vos formateurs ?

502

503 **ESI :** Et bien ils passent nous voir. On est généralement répartis en trois groupes..... On a une
504 promotion de 60.. il y a un formateur pour chaque groupe.

505 En fonction des personnes qui ont des difficultés ou pas.... Ceux qui ont terminé leurs
506 calculs... ils s'en vont. Et généralement, ceux qui ont des difficultés ils restent et le
507 formateur passe vers chaque personne pour voir ce qui ne va pasNous expliquer..... tout
508 ça.

509 **MOI** : Sur combien de temps est programmé le TD calculs de doses en 3 groupes ?

510

511 **ESI** : Généralement 2 heures.

512

513 **MOI** : Et donc une heure de plus pour ceux qui ont des difficultés ?

514

515 **ESI** : Oui.

516

517 **MOI** : Y a-t-il des temps supplémentaires ?

518

519 **ESI** : Et bien justement c'est deux TD de 2h pour les calculs de doses et pour les personnes
520 qui ont des difficultés..... Ils ajoutent 2h en plus pour ceux qui le souhaitent.

521

522 **MOI** : Donc c'est selon la volonté de l'étudiant ?

523

524 **ESI** : Oui.

525

526 **MOI** : Et si après ce temps de 2h, l'étudiant a encore des difficultés comment ça se passe ?

527

528 **ESI** : Et bien c'est là qu'ils nous disent d'en faire un maximum chez nous et de prendre des
529 livres à la bibliothèque et d'en faire chez nous et de revenir les voir pour voir notre
530 raisonnement.

531

532 **MOI** : Et pour vous comment ça s'est passé ?

533

534 **ESI** : Et bien moi..... à chaque fois c'est la même chose il faut juste comprendre le
535 raisonnement.... j'en faisais chez moi de mon côté... Je refaisais ce qu'on avait fait à l'école.

536 **MOI** : Et aujourd'hui êtes vous à l'aise avec les calculs de dose ?

537

538 **ESI** : Je pense que..... là.... peut-être pas.... mais si j'en refais oui. Je pense qu'il faut en
539 refaire régulièrement pour ne pas perdre la main.... Quoi.

ANNEXE 8

ENTRETIEN CADRE DE SANTE SUPERIEUR DE LA DIRECTION GESTION DES RISQUES ET EVENEMENTS INDESIRABLES LIES AUX SOINS

MOI : Peux-tu apporter un éclairage sur le terme CREX, REMED ?

CADRE : Nous on fait des CREX c'est-à-dire des comités de retour d'expérience... Il y a différents CREX... sur les admissions non programmées, sur les DP, linge, transports..... Il y a des CREX à la PMI ...

Au cours du CREX on parle de situation.... c'est un retour d'expériences et on voit comment on peut améliorer... on peut traiter plusieurs situations. La Déclaration des événements indésirables peut être étudiée lors de CREX.

MOI : La visée est-elle de se pencher sur un thème qui pose des problèmes et d'étudier la déclaration?

CADRE : Souvent les déclarations d'événements indésirables sont des points d'entrée. En général, Il y a des choses.... on peut toujours en trouver ... Il y a toujours des événements indésirables.... on peut toujours s'appuyer sur ces données-là.

On fait des CREX d'événements indésirables liés aux médicaments.... Ce que je fais moi.... au regard des événements indésirables lié aux médicaments, je les envoie à la pharmacienne responsable qualité et au cadre de service en fonction de qui a eu le souci. Et puis on fait des analyses avec un logiciel, un outil qui s'appelle REMED ... alors c'est outil... moi je l'utilise..... enfin c'est les pharmaciens qui l'utilisent... on l'utilise que pour les erreurs médicamenteuses.

MOI : En fait un événement indésirable n'est pas toujours une erreur d'administration médicamenteuse ?

CADRE : Ah non... je vais te montrer sur l'ordinateur... on a plein de rubriques ... Tiens par exemple là une erreur de circuit du médicament... la personne qui déclare l'erreur directement par le biais du logiciel doit cocher la nature de l'événement indésirable.... ça peut être un cadre de santé... un cadre supérieur... une secrétaire... chaque événement indésirable a plusieurs thèmes qu'il faut cocher car ce n'est pas le même professionnel qui traite tous les

35 événements indésirables... le transport c'est une personne, les événements indésirables
36 médicamenteux c'est moi....

37- Par exemple le thème peut être circuit du médicament et à l'intérieur il y a des sous thèmes...
38 donc tu peux affiner quand tu fais ta déclaration... par exemple défaut de délivrance, défaut
39 d'approvisionnement, défaut d'administration.

40

41 **MOI** : Et toi, à partir du moment où un étudiant déclare un événement indésirable suite à une
42 administration médicamenteuse que fais-tu ? Peux-tu me décliner la procédure jusqu'au
43 bout ?

44

45 **CADRE** : Quand un étudiant fait une erreur... bien évidemment la première étape c'est qu'il
46 l'évoque à quelqu'un car il peut être seul ou ne pas le dire. Donc si il évoque... en général il
47 évoque à l'infirmière référente qui est là le jour où il fait son erreur et ils font une fiche
48 d'événement indésirable... en général sous le nom de l'infirmière. il y a que moi qui vois les
49 noms... après les déclarations sont anonymisées. Quand je les envoie à des experts... par
50 exemple je l'enverrai au cadre du service mais le cadre du service ne va pas voir quelle
51 infirmière a fait cette déclaration. Les déclarations envoyées sont anonymisées. Donc
52 l'infirmière précise qu'elle a travaillé avec un étudiant infirmier et elle déroule l'événement...
53 l'étudiant n'a pas accès à ce document... C'est pour ça que c'est l'infirmière qui déclare.
54 Normalement, je pense que vous leur dites, l'étudiant ou l'infirmière doit prévenir aussi le
55 cadre de santé du service.

56- En général en début de déclaration je valorise toujours la démarche de déclaration... une fois
57 j'avais valoriséet le cadre avait dit je tiens quand même à rappeler qu'effectivement il y a
58 une démarche mais la démarche n'a pas été spontanée ...Ça a été déclaré parce que je l'ai
59 appris par hasard et c'est moi qui l'ai déclaré. Donc l'infirmière et l'étudiant infirmier font la
60 déclaration. il y a

61- le nom du déclarant en sachant qu'il n'y a que moi qui le vois, le nom du métier et puis le
62 service, la date de la création de la fiche, la date de l'événement avec l'heure, et puis il y a un
63 descriptif de ce qui s'est passé, les conséquences, les mesures immédiates qui ont été prises
64 comme j'ai informé l'infirmière, l'interne de garde qui est venu...etc..

65- Et moi je reçois ça sur mon logiciel gestionnaire des risques. Donc la fiche à traiter apparaît
66 automatiquement sur mon ordinateur... je l'ouvre.... en général quand je vois erreur circuit
67 médicament j'ouvre tout de suite.... il faudrait y aller tout le temps tout le temps tout le

68 temps... sur cette page gestion des risques... j'essaie d'y aller tous les jours mais il y a des jours
69 où c'est pas toujours facile. Je ne suis pas toujours dans mon bureau.

70- Donc quand j'ouvre cette fiche j'essaie de voir si la catégorie est bien répertoriée et je peux le
71 réorienter si les événements indésirables ne me concernent pas... c'est aussi pour les
72 statistiques pour que les choses soient au bon endroit.

73- Donc je lis..... j'ai fait ajouter pour affiner les stats et retrouver les choses plus
74 facilement.... quand il y a un problème de médicaments... j'ai fait ajouter cet onglet comme
75 ça je clique et c'est plus facile pour moi de retrouver.

76- Je lis l'événement et ensuite j'envoie à un expert qui est censé répondre à la question.... Les
77 experts ça peut être les cadres des services quand il y a une infirmière, ça peut un
78 médecin....voilà....

79- L'expert c'est moi qui le choisis... j'ai les noms de tous les cadres que je commence à
80 connaître, de tous les cadres supérieurs de tous les médecins. Alors d'office la pharmacienne
81 fait partie des experts car elle est en charge du traitement des événements indésirables,

82- Il peut il y en avoir un deuxième, il y en a même souvent 2... ce qui complique car il faut
83 toujours attendre deux réponses. Si on prend l'exemple de l'erreur médicamenteuse réalisée
84 par un étudiant, on l'envoie toujours le compte-rendu envoyé par l'infirmière qui est
85 anonymisé à la pharmacienne, à la directrice pédagogique de l'IFSI....par mail mais elle est
86 très réactive.

87- Quand on envoie par mail la fiche d'événement indésirable à des experts ils ont une alerte
88 dans leur boîte mail qui apparaît automatiquement. Par contre je lui donne le nom de
89 l'étudiant à la directrice pédagogique et à la pharmacienne... que ce soit une infirmière ABC
90 elle s'en fiche, elle n'a pas besoin de son nom. et je mets automatiquement le cadre du
91 service car je ne sais jamais si le cadre est informé. Ensuite la directrice pédagogique me
92 renvoie un mail en précisant que le référent pédagogique est informé et qu'une analyse de
93 pratique a été demandée à l'étudiant et souhaite une analyse avec la pharmacie.

94

95 **MOI** : Qui demande en fait l'analyse de pratique ? Et uniquement la directrice pédagogique
96 de l'IFSI ?

97

98 **CADRE** : Alors..... C'est toujours aussi..... Parce qu'il y en a quand même énormément.... si
99 tu veux maintenant.... ce que je ne faisais pas avant parce qu'il fallait que je trouve mes
100 marques.... tu sais au niveau de la direction de la qualité si tu ne tends pas la perche pour faire
101 des analyses et bien il y en a d'autres qui arrivent et ça part dans les oubliettes. Donc
102 maintenant tout ce qui est erreur médicamenteuse ... je les imprime et je les sors ; comme ça

103 tant qu'il n'y a pas eu la pharmacienne qui me dit qu'il n'y a pas besoin de faire une
104 analyse..... je laisse sorti et je fais les relances. Alors après la pharmacienne elle peut dire bah
105 non pas là, pas d'analyse.

106

107 **MOI** : Sur quoi se base-t-elle pour dire "pas d'analyse" ?

108

109 **CADRE** : Ca dépend.... ça dépend....ca dépend... . Mais c'est assez rare. Parfois on les fait
110 pas... par exemple là dans un service il y a eu une erreur médicamenteuse... c'était la dernière
111 semaine de stage de l'étudiant.... moi le temps que je la reçoive et que je la traite...l'étudiante
112 elle est partie du stage. Après c'est un peu compliqué d'aller rechercher les étudiants ... pour
113 qu'ils reviennent... etc.

114- C'est rare qu'on fasse revenir quelqu'un.... c'est trop compliqué...Pas les coordonnées de
115 l'étudiant...

116- donc voilà des fois on n'en fait pas. Par contre moi je demande.... Et je vais essayer de
117 toujours instaurer ça.....

118- Donc c'est pour ça qu'il y a deux trois jours j'ai envoyé un message à une formatrice parce
119 que l'étudiante était partie et je lui ai demandé si elle l'avait bien revue.... si elle avait fait son
120 analyse de pratique la formatrice m'a répondu que oui et qu'elle m'enverrait les documents
121 aujourd'hui.

122- Donc moi quand je joins ce document quand je clôture la fiche d'événement indésirable. Et
123 puis bien sûr la pharmacienne a la lecture de ce document.

124- Donc dans la mesure de nos possibilités on en fait des analyses en équipe... mais c'est pareil
125 il n'y a que deux pharmaciens qui font les analyses d'événement indésirable lié aux
126 médicaments... dans l'hôpital.... ça prend du temps... il faut du temps pour l'organiser.... donc
127 c'est pas toujours évident dans un hôpital comme ça... dans une petite structure ça ne poserait
128 aucun souci avec une soixantaine de soignants.... là c'est tellement tu vois là je n'ai pas
129 ouvert hier..... j'ouvre aujourd'hui et je m'aperçois qu'il y en a trois événements indésirables
130 médicamenteux...

131

132 **MOI** : Où se déroule l'analyse avec ce comité ?

133

134 **CADRE** : Alors, lors d'une analyse il y a un pharmacien, le cadre du service, l'étudiant,
135 éventuellement le soignant qui accompagnait l'étudiant..... Car là encore en termes de
136 disponibilité si la soignante est absente pendant 15 jours et que l'étudiant s'en va... on va le

137 faire sans elle Tu comprends ? ... En règle générale ça se passe soit dans le service soit
138 dans une salle de l'hôpital que je réserve.

139-

140 **MOI** : est-ce que l'étudiant est toujours présent ?

141

142 **CADRE** : Ah oui oui.... moi j'ai toujours fait des analyses avec les étudiants. J'ai fait une ou
143 deux analyses où l'étudiant a dit qu'il arrêterait sa formation mais l'étudiant était là.

144

145 **MOI** : Et ensuite... toi... comment abordes-tu cette réunion ?

146

147 **CADRE** : Donc en général c'est toujours moi qui fais l'introduction. D'abord je remercie pour
148 la déclaration et je dis bien que ce qui est échangé là... ça reste dans le contexte de l'analyse
149 et qu'on est là pas pour évaluer une personne mais pour évaluer des pratiques et pour
150 améliorer des choses, pour ne pas que ça se fasse dans d'autres services... on est vraiment
151 dans cette dynamique là...

152- en règle générale on demande à l'étudiant si il est d'accord il vient avec son analyse de
153 pratique.... je suis vigilante à ce qu'il y ait cet élément là....

154- Là on devait en faire une lundi mais l'étudiante est de nuit le mardi soir moi le mardi je
155 ne pouvais pas... la pharmacienne non plus.... après l'étudiante faisait ses nuits mardi
156 mercredi jeudi..... et après elle s'en va.... donc à mon avis c'est une analyse qu'on ne fera pas
157 car la pharmacienne n'est pas disponible le lundi.

158

159 **MOI** : Donc si je comprends bien... l'analyse ne peut pas se faire s'il n'y a pas consensus entre
160 tout le monde ?

161

162 **CADRE** : C'est ça.... mais par contre moi j'essaie de plus en plus d'être vigilante pour que je
163 puisse avoir l'analyse de pratique de l'étudiante et que ça puisse être joint.... et qu'on voit que
164 l'étudiante n'est pas restée là-dessus et qu'on voit de notre côté s'il y a des choses à améliorer.

165

166 **MOI** : Est-ce que à ce moment-là tu contactes les formateurs ?

167

168 **CADRE** : Non... on ne l'a jamais fait jusqu'à présent... dans ce cas de figure... une fois
169 l'analyse envoyée on a plus de contact avec l'IFSI. Cette année depuis début 2018, en 6 mois
170 j'en ai déjà une quinzaine d'analyse d'erreur médicamenteuse mais pas que avec les ESI

171avec celles qui sont en attente ça fait une vingtaine en 6 mois que sur le médicament ...
172 C'est énorme.

173

174 **MOI** : As-tu une idée du nombre d'erreurs médicamenteuses cette année réalisées par des
175 étudiants ?

176

177 **CADRE** : Oui, je vais te le dire.... tu vois J'ai organisé mon logiciel pour que l'erreur réalisée
178 par un étudiant arrive en premier Tu vois j'essaie de trouver des moyens Donc là j'en
179 ai au moins 4 de déclarées et d'analysées_mais peut-être qu'il y en a plus...Oui là j'ai 2 erreurs
180 d'insuline...

181

182 **MOI** : Quelles sont les erreurs les plus courantes?

183

184 **CADRE** : J'ai de tout Là on a fait dernièrement un manque de traçabilité.... tu sais des
185 fois les étudiants..... bon ils sont toujours responsables..... mais la dernière fois.... il était
186 20h.... il y avait un traitement à donner.... normalement les étudiants prennent le chariot avec
187 le DPI et les médicaments.... là comme c'est 20h et qu'il y en a seulement un ou deux à
188 donner.... il va comme ça avec son traitement dans les mains...Il donne le traitement.... là-
189 dessus l'infirmière arrive.... ils ont eu une journée très très chargée (je te le fais en raccourci)
190 et elle lui dit "allez va boire un coup".... ça part d'une bonne intention..... Lui qu'est-ce
191 qu'il fait..... il va boire un coup.... il avait posé un aérosol aussi... l'étudiant nous dit lors
192 de l'analyse: " je me dis dans ma tête : je vais boire un coup et je tracerai après que l'aérosol
193 sera terminé". Il avait donné un comprimé et un aérosol ; et puis l'infirmière elle va donner
194 un traitement à un autre patient et elle voit que le traitement de ce patient n'a pas été donné
195 il s'agit du patient de l'étudiant qui a eu son comprimé et son aérosol..... Alors elle lui donne
196 sauf que l'ESI lui a donné. Et lui a donc donné le comprimé que l'étudiant avait donné sans le
197 tracer il l'a donc lui deux fois.

198- Alors tu vois là l'étudiant a fait ...Tu vois je pense que l'infirmière aurait pu demander si il lui
199 avait donné..... bien sûr il n'est pas tout blanc car interruption de tâches.... il dit bien
200 d'ailleurs qu'il n'aurait jamais lui dire oui et qu'il aurait dû terminer sa tâche avant d'aller
201 boire un coup.... il a fait une bonne analyse.

202- On leur dit 25000 fois qu'ils doivent terminer leurs tâches.... car il y a tellement de situations
203 où ils sont interrompus à cause d'urgence ou d'autres problèmes.... donc là on sait très bien

204 que c'est important d'aller se poser parce que si on ne se pose pas à un moment donné ça ne va
205 pas bien.... mais on se pose quand on a fini ce qu'on était en train de faire.

206- Donc l'infirmière ... j'aurais tendance à dire.... que l'étudiant n'est pas tout seul à être
207 responsable

208- D'ailleurs, l'infirmière le dit ... quelle n'aurait jamais dû donner le médicament.... J'aurais dû
209 lui demander car en elle avait vu qu'il allait dans la chambre du patient.

210

211 On travaille beaucoup sur l'interruption de tâches en fonction des déclarations.... c'est par
212 exemple la fille qui distribue un médicament dans une chambre et qui se fait interrompre par
213 le médecin qui lui demande d'aller voir avec lui le patient d'à côté..... Donc elle y va.... elle
214 répond à ses questions..... Elle ressort.... poursuit la distribution de médicaments et va
215 donner les médicaments qu'elle était en train de préparer avant d'être dérangé à un autre
216 patient car elle ne reprend pas le DPI ne refait pas la procédure depuis le début.

217

218 **MOI** : As tu une idée de qui fait le plus d'erreurs parmi les ESI ?

219

220 **CADRE** : J'aurais tendance à dire la 2eme et 3eme année...Mais je n'ai pas beaucoup de recul
221 car je suis en poste depuis 6 mois.

222

223 **MOI** : Qu'en est-il de la culture de l'erreur dans l'établissement ? Je sais qu'il y a une charte...

224

225 **CADRE** : Oui il y a une charte de non-dénonciation..... bien oui on essaie.... et vu le nombre
226 d'événements indésirables ... je pense que les soignants se sont appropriés la culture de
227 l'erreur vu le nombre d'événements indésirables que l'on reçoit...Il y avait pas d'événement
228 indésirable je dirais la culture de l'erreur on l'a pas trop...

229- Concernant les erreurs d'administration médicamenteuse là moi je voudrais avoir quelque
230 chose d'assez rigoureux car c'est mangé par plein d'autres choses.

231- Alors moi je voudrais..... C'est vraiment ça que je voudrais..... si tu veux ouvrir une fiche
232 d'événement indésirable, la lire, la renvoyer à différentes personnes ça prend du temps.....tu
233 vois ...et pendant ce temps ... ouvrir 50 fiches sur des événements indésirables concernant des
234 problématiques de stores bon en même temps ça a permis de régler les problèmes....

235- Il faut savoir que tout événement indésirable est important car le soignant qui se trouve
236 confronté à un problème de store qui n'arrive pas à lever..... ça le gonfle et ça lui fait perdre
237 du temps.

238- Mais au niveau des erreurs d'administration médicamenteuse je vais essayer d'avoir encore
239 plus de rigueur mais je ne suis pas toute seule dans l'organisation et la pharmacienne elle fait
240 tellement tellement de choses en terme de qualité, de réajustement de procédure, de
241 préparation à la certification... quelle ne peut pas être au four et au moulin.

242- Après peut-être qu'après la certification on pourra se voir avec quelqu'un, je ne sais pas qui,
243 pour se dire comment on pourrait mieux faire..... et ben jusqu'à maintenant on fait comme ça
244 on pourrait éviter que l'étudiant ne reparte sans analyse. Je pourrais me noter de faire un
245 point en octobre car il y a sûrement quelque chose à faire.

246

247 **MOI** : Vraiment il y a des choses à faire car il est difficile d'accompagner un étudiant quand
248 on n'a pas l'analyse qui est réalisée avec l'équipe du CREX et quand on n'a pas aussi les
249 résultats de l'analyse..... Surtout quand l'étudiant interrompt sa formation.

250

251 **CADRE** : Oui bien sûr je comprends que c'est hyper important. Tu vois là moi depuis que je
252 suis à ce poste je me suis à..... parce que lorsque je reçois un événement indésirable ...j'envoie
253 toujours la fiche à la pharmacienne... Et j'attends que la pharmacienne me dise ...on va faire
254 une analyse..... Sauf que la pharmacienne elle a pas le temps forcément de les traiter et là
255 c'est moi qui suis obligée de revenir au devant d'elle je lui renvoie un message pour
256 savoir si on fait une analyse.

257- Tu vois par exemple là j'attends une réponse concernant une erreur d'administration
258 médicamenteuse.... j'attends de savoir si on fait une analyse.

259-

260 **MOI** : Ah bon!... parce que l'analyse n'est pas systématique dans le cas de l'erreur
261 médicamenteuse?

262

263 **CADRE** : Ben nonc'est vrai. Tu sais ...on rame. Là on doit faire une analyse erreur
264 médicamenteuse de stupéfiants au bloc opératoire où il faut réunir l'anesthésiste, l'infirmier du
265 bloc, le cadre supérieur, une ou deux infirmières anesthésistes, la pharmacienne responsable
266 des stupéfiants, la direction qualité et éventuellement le chef de service de la pharmacie... 7
267 personnes... parce que c'est un événement grave.

268 Et là mon supérieur me dit de traiter la semaine prochaine alors que moi aussi j'ai plein de
269 choses... elle me dit il faut absolument qu'on trouve une date.... alors il faut absolument que
270 l'anesthésiste sois là. Elle est en vacances à partir du 7 Donc on lui demande ses
271 disponibilités et après il va devoir falloir ramer avec les autres... et il y en aura toujours un qui

272 ne sera pas là.... Dans l'idée ça serait génial que je trouve du temps pour venir à l'IFSI et de
273 travailler ensemble. Je pourrais voir avec toi puisque tu fais ton mémoire là-dessus et avec la
274 directrice pour voir comment on pourrait améliorer les choses.... mais après la certification.

CHARTRE d'encouragement à la déclaration des événements indésirables à l'HNFC

- Le développement d'un établissement sûr, inspirant confiance aux patients soignés, se fonde sur l'expérience tirée, jour après jour, des événements pouvant affecter la sécurité des prises en charge.
- Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et la sécurité des patients, il est de la responsabilité de chaque agent de communiquer spontanément et sans délai toute information sur des événements indésirables liés aux activités de soin, à la vie hospitalière et aux relations avec les patients.
- Pour favoriser cette démarche de sécurité, nous nous engageons, à ce que l'HNFC n'entame pas de procédure disciplinaire et/ou administrative du fait de ce signalement *sauf en cas de manquement délibéré ou répété aux règles de sécurité.*
- L'identité des patients, des signalants et de l'institution ne peuvent être communiquées à des tiers sauf dans le cadre des procédures légales. Les déclarations sont anonymisées en dehors de la Direction Qualité.
- La Direction Qualité et le Médecin coordonateur des risques garantissent une analyse des événements graves, avec les acteurs concernés par l'incident, assurent le suivi des mesures correctives et la diffusion régulière d'une information aux personnes et services concernés.
- Les recommandations de cette Charte sont applicables aux systèmes de déclaration existants ou à venir : fiche de déclaration des événements indésirables / déclaration de vigilance / fiche hôtelière ; fiche de déclaration de la radiothérapie.

Le Directeur de l'HNFC
P. ROCHE



La Présidente de CME
Dr A.S. DUPOND



L'ETUDIANT EN SOINS INFIRMIERS EN FIN DE FORMATION
ET L'ERREUR D'ADMINISTRATION MEDICAMENTEUSE
EN MILIEU HOSPITALIER

Mots clefs : Erreur d'administration médicamenteuse, didactique professionnelle, accompagnement, étudiant en soins infirmiers, apprentissage, culture de l'erreur.

L'erreur d'administration médicamenteuse réalisée par un étudiant en fin de formation dans un contexte hospitalier est une réalité. Ainsi, nous nous sommes demandé à quelles conditions une situation professionnelle au chevet du patient pouvait devenir une situation d'apprentissage avec pour élément de focalisation l'erreur d'administration médicamenteuse. Sa survenue questionne la culture de l'erreur, les modèles didactiques abordés en formation pour la traiter puis l'accompagnement de l'étudiant pour l'aider à retourner au lit du patient sans crainte de réitérer l'erreur.

Cette étude montre que le statut de l'erreur en formation apparaît peu dans les programmes de formation. Les modes d'apprentissage existent pour éviter ou traiter l'erreur mais force est de constater qu'ils n'empêchent pas sa survenue et que l'accompagnement n'est pas inné dans cette situation qui déstabilise l'étudiant et le formateur.

L'analyse des entretiens met en évidence la nécessité d'adosser ce qui est déjà fait à des réflexions théoriques en s'appropriant, en particulier, les concepts ou les approches de la didactique professionnelle, de l'accompagnement et la culture de l'erreur pour permettre une contre-transposition de l'erreur au lit du patient en situation d'apprentissage.

THE MEDICATION ADMINISTRATION ERROR
MADE BY A STUDENT NURSE AT THE END OF STUDYING
IN A HOSPITAL CONTEXT.

Keywords : medication administration error, professional didactics, care, student nurse, studying, culture of error.

The error of administration made by a student at the end of a training period in a hospital context is real. We wondered on which conditions a professional situation at a patient's bedside could turn to a learning situation focusing on medication administration error.

To deal with it when it occurs, it questions the culture of error, the didactics models that are referred to during training activities. It also questions the way the student can be guided to return to the patient's bedside without being afraid of repeating the error.

This study shows that the status of the error during training sessions does not appear in training programs, that learning references are referred to in order to avoid or handle the error, but that they don't prevent it from occurring. We admit that supporting a student is difficult in this situation which destabilizes both the student and the instructor.

The analysis of interview data shows that it would be necessary to combine what has already been conducted to theoretical reflections by appropriating the concepts or the approaches of professional didactics, care and error culture in particular. It would permit a counter transposition of the error at the patient's bedside in a learning situation context.