Les transmissions médicales, un temps pour la reconnaissance

Claudine Schalck

▶ **To cite this version:**

Claudine Schalck. Les transmissions médicales, un temps pour la reconnaissance. Christian Fassier; Dominique Lhuilier. Travail et Transmission, Octarès, pp.211-225, 2020, Le travail en débats, 978-2-36630-119-9. hal-04043704

HAL Id: hal-04043704
https://cnam.hal.science/hal-04043704

Submitted on 23 Mar 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Les transmissions médicales, un temps pour la reconnaissance

Schalck C.

À partir d'une activité spécifique, les transmissions médicales hospitalières entre soignants, cette analyse cherche à éclairer la question de la transmission au travail. Elle fait appel à deux études récentes qui résument les données de la littérature actuelle concernant ce sujet, tout en soulignant les facteurs essentiels qui favorisent ou entraves leur bon fonctionnement (Berlincourt, Rebell, Gacoud & Monti, 2017 ; Nebout, Kassoul & Journois, 2014) L'approche clinique de la psychologie du travail permet d'en dégager certaines caractéristiques qui font sens, face à ce qu'il en est de la transmission dans ce contexte. En particulier une dynamique propre, liée à l'engagement des subjectivités individuelles et collectives. Dans le cas des transmissions médicales, au-delà d'une dimension strictement cognitive et opératoire, cette dynamique semble s'étayer tout particulièrement sur la reconnaissance procurée à chacun par son travail avec les autres.

Les transmissions médicales dans le contexte hospitalier

Dans le contexte hospitalier, les transmissions entre les soignants permettent d'assurer la continuité des soins. Elles sollicitent souvent une collaboration interprofessionnelle dont l'objectif est aussi de s'inscrire dans la cohérence d'un projet de soin commun à l'ensemble des soignants d'un service. Elles sont considérées comme un enjeu important dans l'organisation du travail et leur rôle est reconnu dans la qualité de la prise en charge des patients. Au plan légal, ces situations renvoient également à un transfert de responsabilité entre les participants. Ce temps de chevauchement entre les soignants qui se relayent dans l'activité liée aux soins, est défini comme un moment d'échange qui doit faciliter le travail des partenaires. Il demande donc une coopération certaine.

Les transmissions médicales sont connues comme une activité à risque, en particulier au moment de la relève d'une équipe par une autre. Les assureurs des professionnels de santé[1], comme les recherches faites en ce domaine, attestent qu'elles occasionnent, plus fréquemment la survenue d'événements indésirables ou d'erreurs, plus ou moins délétères pour le patient, comme pour le soignant. Ce, dans la mesure où il peut se voir disqualifié à son travail. Une recherche de Seifert (2012) estime que 80 % des erreurs médicales sont liées à des erreurs de communication incluant des déficits de transmissions, qui seraient également responsables de complications ou de discontinuité des soins. Depuis 2007, la prévention des erreurs médicales liées aux transmissions fait partie des priorités établies par l'organisation mondiale de la santé (OMS) pour améliorer la sécurité des patients.

Les dysfonctionnements repérés concernent essentiellement les oublis, les insuffisances, et les erreurs relatives à des informations « patient », susceptibles de générer une prise en charge ou un traitement inadapté (Horwitz, Moin & Krumholz, 2008). Elles nuisent à la qualité et à la sécurité des soins. Par ailleurs, l'état de fatigue du soignant (Arora, Kao, Lovinger, Seiden et Meltzer, 2007), précisément en fin d'horaire de travail, le rend plus

1 MACSF-Sou médical : https://www.macsf.fr. Cette mutuelle est à l'origine de l'association La Prévention Médicale, dédiée à la gestion du risque médical et de la sécurité des patients : https://www.prevention.medicale.org

vulnérable aux fautes d'inattention et aux oublis dans les transmissions, en particulier pour les relèves de la nuit, au petit matin.

Les problèmes liés à la sécurité du patient lors des transmissions ont généré un intérêt croissant pour ce temps caractéristique, devenu essentiel pour la prévention des risques médicaux comme pour les assureurs des professionnels de santé. Dans les secteurs à hauts risques pour la sécurité des personnes, il est notable que les transmissions ont été encadrées par des recommandations, comme dans les centrales nucléaires, l'aérospatiale, l'aviation ou les chemins de fer. A l'instar de ces domaines, dans les transmissions médicales, le « facteur humain » a été identifiée comme particulièrement vulnérable dans la gestion de procédures et de plans de soins d'une médecine devenue de plus en plus complexe (Lyndon, 2006).

Dans le cas des transmissions médicales (Berlincourt *et al.* 2017 ; Nebout *et al*. 2014), en dehors de la fatigue du soignant, d'autres facteurs sont susceptibles de contribuer aux dysfonctionnements, comme la rationalisation des soins avec un nouveau type de management, la fragmentation de la prise en charge entre différents services qui multiplie les acteurs et les transmissions, ou encore l'augmentation de la charge de travail avec la diminution du temps de séjour des patients, qui conduisent souvent « à un travail sous pression » pour les soignants (Sainsaulieu, 2003).

Sécuriser les transmissions médicales

Diverses stratégies ont été élaborées pour limiter et contrôler les risques d'erreurs humaines, à la recherche de modèles garantissant des transmissions plus sécures. Elles vont de la réduction des heures de travail, dont fait partie le « repos de sécurité »[2], un lieu spécifique pour rassembler les participants sans être interrompus, à des méthodes de transmissions standardisées, avec des check-lists et des protocoles, informatisés ou non, voire à l'utilisation d'algorithmes ou le double contrôle des données transmises par un autre membre de l'équipe. Elles incluent souvent des particularités liées à la spécialité médicale afférente (Berlincourt *et al*., 2017).

Toutefois, il semble que la question des transmissions ne soit précisément traitée que dans la formation initiale des infirmières, avec des apports mettant en avant des outils sous forme de méthodes ou de procédures de classement, à l'aide de mots clés. Ils servent à organiser et cibler les informations les plus importantes, grâce à des acronymes. Depuis 2007, sous cette forme, l'OMS recommande l'utilisation universelle du SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation), pour toutes les transmissions, pas seulement médicales. Cet outil, avec ses acronymes caractéristiques, a été développé initialement par l'armée américaine pour la communication en direction des sous-marins nucléaire. Il a ensuite été repris et évalué dans différentes unités de soins aux Etats-Unis. Son utilisation ultérieure par le Canada, a donné lieu à une traduction en version française, avec le SAED (situation-Antécédents-Evaluation-Demande). A son tour, en 2014 en France, la Haute Autorité de la Santé (HAS), formule un guide complet du SAED, à l'attention de tous les

2 Il limite la durée du temps de travail, avec l'obligation du respect d'intervalles de repos, de façon réglementaire.

professionnels de santé, afin de « faciliter leur communication » et d'améliorer la sécurité des patients.

Un modèle systémique pour les transmissions médicales

A côté du SBAR, d'autres modèles de classement ont été formalisés[3], toujours grâce à des acronymes. L'objectif principal étant toujours de structurer les interactions liées à la communication des différents partenaires pour améliorer la compréhension mutuelle et favoriser le partage d'une même approche de la situation de soin, elle-même caution de sa continuité. En effet, cette continuité suppose que le travail fourni, par un ou des soignants, soit identifié, compris, repris, puis augmenté et transformé, en quelque sorte, par celui d'autres soignants. Ce, grâce aux transmissions faites, et toujours au bénéfice du patient.

Ce contexte d'une activité humaine, qui fait référence à une activité subjective commune aux participants, impliquant à la fois leur engagement réciproque, avec le mouvement intersubjectif qu'il suppose, et une transformation des contenus transmis, tient surtout du schéma classique de la théorie de la communication et du langage, auquel Il est d'ailleurs fait référence à travers la notion d'émetteur et de récepteur, dans le cas du SBAR. Ce modèle restitue les activités de transmissions dans toute leur complexité, tant du point de vue des différentes subjectivités, que de leur mouvement de déplacement et de transformation, en fonction des participants, et du contexte, envisagé comme le canal dans lequel ces transmissions ont lieu. Il restitue à la fois la dimension du lien, de l'échange, de la continuité et du changement, nécessaires à la continuité des soins.

Ce modèle a été développé en 1965 par Wiener, à partir du modèle mathématique de la communication proposé par Shannon (1948). En effet, Wiener, tout en reprenant ce modèle linéaire, qui comprend un émetteur et un récepteur, avec son canal de transmission afférent, lui a ajouté la notion de feed-back, c'est-à-dire la rétroaction. Le modèle linéaire se transforme ainsi en boucle, avec la possibilité pour le récepteur de répondre et d'être actif à son tour, et ainsi de suite. Chaque participant est émetteur et récepteur à la fois, au travers d'échanges réciproques, qui conduisent à des boucles interactives où se modulent et se régulent les messages délivrés de l'un à l'autre. Plus loin, dans le contexte humain, le modèle cybernétique de Wiener transforme la transmission linéaire en modèle systémique, dans lequel un ensemble d'éléments sont en interactions les uns avec les autres. Ces interactions produisent des changements d'états pour les différents éléments eux-mêmes, ou encore modifient leur action, tout en ayant un « effet » sur le système tout entier, puisqu'elles sont capables de le maintenir ou de le faire changer d'état dans sa globalité.

Du point de vue de l'activité liée à la transmission dans les soins médicaux, ce modèle propose l'idée d'un processus systémique complexe. Il suppose que les participants soient actifs dans l'échange des messages, avec une réciprocité qui est conditionnée par le fait de pouvoir partager, du moins partiellement, un « code commun »**,** afin de pouvoir se comprendre. Lorsqu'il s'agit de s'entendre, entre émetteurs et récepteurs, en vue d'un objectif commun, il faut nécessairement la référence à une connaissance partageable, qui

3 Tels, le MTVED (Maladie-Thérapeutique-Vécu-Environnement-Développement); le SIGNOUT (Sick-Identifying date- General hospital course- New events of the day- Overall health status- Upcoming possibilities with plan- Tasks to complete); ou le I-PASS (Illness severity-Patient summary-Action list-Situation awareness and contingency planning-Synthesis by receiver).

doit être identifiée et reconnue de part et d'autre comme commune. Il faut donc, pour le moins, une connaissance préalable, qui permette une « re-connaissance » pour construire cette référence commune indispensable. Dans le cas des transmissions médicales, il s'agit de pouvoir construire une représentation commune et partagée de la situation de soin, grâce aux connaissances médicales et aux savoirs pratiques communs.

Sur ce versant des transmissions médicales, apparaît ainsi une forme de reconnaissance, avec des caractéristiques plutôt cognitives. Elle permet de comprendre un certain nombre de conditions nécessaires à leur bon fonctionnement et les aléas susceptibles de générer des dysfonctionnements par tout ce qui peut entraver la complexité et la charge mentale du travail cognitif à fournir. Notamment, en ce qui concerne la fatigue des soignants, la surcharge dans l'activité, le manque de temps imparti aux transmissions puisqu'il n'est pas toujours compté comme du temps de travail pour tous les soignants qui se relayent.

Les enjeux de la reconnaissance symbolique

Toutefois, cette activité de transmission n'est pas réductible au seul modèle « cognitif » du traitement de l'information, aussi complexe soit-il. Elle est, avant tout, une des modalités tout à fait caractéristique du travail d'équipe. Que ce soit pour les équipes qui se relayent alternativement pour assurer la continuité des soins, ou bien que ce soit du point de vue de l'équipe globale des soignants, constituant ces différentes équipes, à tour de rôle. De ce point de vue, l'approche clinique de la psychologie du travail, s'intéressant à sa composante humaine, avec la manière dont le travail, en soi, contribue radicalement à l'inscription dans le lien micro et macrosocial, apporte un éclairage complémentaire fondamental. Cette approche met l'accent tout particulièrement sur un autre type de reconnaissance que celle relevant de traitements cognitifs, c'est-à-dire la reconnaissance en tant qu'activité symbolique, procurée par la dimension collective du travail. C'est à travers les enjeux de cette dynamique qu'il est possible d'aller plus loin dans la compréhension du bon fonctionnement et des aléas liés aux transmissions médicales. Dans cette perspective, les différents modèles standardisés pour sécuriser les transmissions médicales, ont leur utilité, mais apparaissent loin d'être suffisants par eux-mêmes.

La reconnaissance au travail, au sens d'être reconnu, au-delà de la reconnaissance au sens de reconnaître, engage des processus bien plus complexes que l'activité cognitive, logique et intelligente, nécessaire à la coordination du travail commun. Les recherches concernant le travail s'accordent pour considérer qu'elle est indispensable à l'accomplissement de soi au travail comme pour s'y maintenir en bonne santé. Selon Ricoeur (2004), la reconnaissance est un processus intersubjectif qui conjugue une identification à une attribution, octroyées par les autres, et reprise pour lui-même par celui ou celle qui a le bénéfice d'être reconnu. L'identification s'établit nécessairement autour d'un déterminant commun dont la référence concerne ici le travail. La reconnaissance symbolique fait passer, ainsi, d'une dimension cognitive et intellectuelle, à une dimension éthique, puisque la réflexivité est elle-même indissociable de l'altérité. Bien que la reconnaissance, avec sa valeur positive, porte sur le faire, et non pas sur la personne (Gernet et Dejours, 2009), le processus d'attribution associe étroitement l'action reconnue comme sienne, conforme à ses investissements, ses valeurs, à la manière dont elle est reconnue par les autres. C'est

ainsi, d'ailleurs, que la reconnaissance symbolique, procurée par le travail, apporte une contribution majeure à la modulation des différents registres de l'identité, qu'elle soit sociale, professionnelle ou personnelle.

Les enjeux de la reconnaissance au sein du collectif de travail

L'activité des équipes de soin, dans la perspective du collectif de travail, rassemble bien les soignants en vue de coopérer et coordonner leurs différentes actions au profit de la continuité du projet de soin, et au bénéfice du patient. Les équipes, tout comme l'équipe globale, qui comprend tous les soignants, sont plus que des regroupements simples de professionnels. Ils s'organisent en collectifs pour travailler ensemble à un objectif commun grâce des règles communes écrites et non écrites qui structurent leurs échanges, leur collaboration, leur coopération et leur solidarité (Lhuilier, 2006). Dans le travail commun, se connaître, être reconnu, établit chacun vis-à-vis de l'autre comme « capable » (Ricoeur, 2004), avec ses ressources propres. C'est la garantie pour les soignants entre eux d'une meilleure coopération, comme d'une meilleure solidarité. La reconnaissance mutuelle les réunit autour d'une vision globale des soins qui leur permet de s'accorder pour agir ensemble avec leurs contributions et leurs ressources respectives. Elle sollicite aussi la constitution d'une véritable culture des soins, spécifique et partagée par tous.

Les transmissions sont, par elles-mêmes, un moment de coordination et de coopération de l'activité entre les soignants comme entre les équipes par le fait d'articuler le travail des uns avec celui des autres. Mais la dynamique de la reconnaissance mutuelle y joue un rôle fondamental autant qu'elle soutient la vie d'un authentique collectif de travail fonctionnel. Encore faut-il que celui-ci existe, qu'il puisse être construit et entretenu à travers la possibilité de débattre de façon contradictoire du travail, de ses enjeux, ses conditions, ses difficultés, ses épreuves, du sens et des valeurs portées ensemble : *« Parce que le travail met aux prises le sujet avec des situations contextualisées, à jamais singulières, la régulation ne peut se faire prioritairement qu'au niveau des activités concrètes »* (Minary, 2006, p.93). L'activité liée aux transmissions médicales en est partie prenante.

Lorsque, sous le signe de la reconnaissance symbolique, les soignants se réunissent entre eux pour le temps des transmissions médicales, ce n'est pas le travail des uns qui succède au travail des autres, mais c'est le travail de chacun qui participe au travail commun grâce à des *« opérations de mise en communauté (Vergemeinschaftung) »* (Ricoeur, 2004, p. 249). Dans cette mutualisation, grâce à l'entraide, la coopération et l'inventivité, il est permis de penser que les traitements cognitifs nécessaires aux transmissions seront facilités, avec une plus grande sécurité du patient. La reconnaissance commune, nécessaire pour travailler avec les autres, peut venir soutenir les activités liées aux différents aspects qui caractérisent la transmission dans les soins. Que ce soit pour ce qui est « réception de », ou « remise de », mais aussi « reprise de » dans le sens d'une transformation, qui fasse sens avec la cohérence et la continuité des soins, en particulier pour proposer des ajustements ou des modifications. Réceptionner, identifier, s'approprier, transformer, remettre en jeu, créent une dynamique interactive collective soutenue par la reconnaissance, susceptible de réduire les oublis, les erreurs, les insuffisances et les incompréhensions, y compris face aux habitudes et aux routines qui émoussent la vigilance.

Les données relatives aux différents travaux consultés concernant les transmissions médicales s'intéressent avant tout aux stratégies de réductions des erreurs et des événements indésirables dans les transmissions grâce à des méthodes d'amélioration (Berlincourt *et al*., 2017 ; Nebout *et al.,* 2014) . Toutefois elles alimentent aussi cette lecture, c'est-à-dire celle de l'importance du collectif de travail étayée sur la reconnaissance commune. En effet, le principe de la liste formalisée ou d'une méthode mnémotechnique, est loin d'être suffisant pour éviter les insuffisances, les ambiguïtés, les inexactitudes ayant pour conséquence des traitements inappropriés ou des soins manqués. Ces outils ne devraient être qu'un support. L'importance d'un face à face, des questions, de la pensée narrative (narrative thinking), de la délibération commune, avec une « phase d'échanges » et d'expression dans « l'instant », permettent de clarifier les situations, et sollicitent une nouvelle réflexion, sur le parcours de soin ou le protocole (Hilligoss & Moffatt-Bruce, 2014). Ce, afin que ceux qui prennent le relais puisse se construire une représentation de la situation en adéquation avec ceux qui la transmettent. Le contexte psychologique et social semble particulièrement important dans ce cas. Sans les détails contextuels, transmis, et partagés, l'anxiété du patient augmente avec l'incompréhension, et le sentiment de ne pas être accompagné et reconnu dans la continuité par les soignants qui interviennent à tour de rôle (O'Brien, Flanagan, Bergman, Ebright & Frankel, 2016).

Quant à l'appropriation d'une nouvelle méthode de support pour les transmissions, la nécessité d'accompagner les équipes et l'entraînement à la communication en équipe, sont particulièrement soulignés, comme dans le cas du I-PASS (Starmer *et al*., 2012). Sans quoi, ces procédés seraient inefficaces. Le jeu de rôle est également envisagé comme une stratégie efficace tout comme l'implication attendue de l'équipe dans son ensemble et l'importance des questions-réponses entre soignants.

C'est dire, qu'au-delà des outils proposés, ces conditions améliorent surtout la coopération et la reconnaissance mutuelle par le fait d'être actifs ensemble à l'appropriation de nouvelles procédures, dans le partage du travail. Rien moins que ce que ce qui réunit un bon collectif dans l'activité. De ce fait, se développe aussi la responsabilité d'équipe envers le patient. Face aux aléas des transmissions, elle le protège, là où certains travaux considèrent que dans le travail d'équipe, avec ses relais incessants, elle peut s'émousser en même temps que le sentiment de responsabilité individuelle de chaque soignant lorsqu'il ne sent plus personnellement en charge de lui (Arora, Johnson & Meltzer, 2008).

L'exemple du relais entre sage-femme et obstétricien.ne, en salle des naissances

Une illustration de cette articulation entre reconnaissance cognitive et symbolique, et l'importance de cette dernière dans la transmission médicale, peut être tentée à travers la situation spécifique des transmissions entre sages-femmes et obstétricien.ne.s. Ce, lorsqu'à l'hôpital, en salle de naissance, la sage-femme doit passer le relais au médecin pour une situation n'étant plus de son ressort. En effet, la responsabilité médicale de la sage-femme s'adresse à la prise en charge des phénomènes physiologiques. Elle a l'obligation de faire appel à l'obstétricien.ne dès qu'elle estime que la situation est devenue pathologique. Il s'agit bien d'un transfert et d'une continuité dans la prise en charge, à partir de transmissions de données techniques et cliniques, même si la sage-femme continue par la

suite à seconder le médecin dans l'activité de soin. Il s'agit aussi d'un transfert de responsabilité médicale de la sage-femme vers le médecin.

Ces transferts, étayés sur les transmissions, reposent sur un savoir commun nécessaire à l'identification d'une situation de travail où les deux professionnels s'entendent pour en partager le sens et les actions, dans la continuité de soins de qualité. Elle est intéressante par le fait qu'il s'agit d'une situation fréquente, quasi quotidienne, se révélant être plus ou moins problématique. Elle met aussi en relief les différents éléments qui interviennent dans les transmissions.

La question des « appels », sur fond de transmissions, peut s'avérer aussi simple que particulièrement sensible, comme l'évoque cette sage-femme[4] : *« je me pose beaucoup la question, parfois, est-ce que j'appelle maintenant, est-ce que j'attends encore un peu, il est trois heures du matin, je vais me faire envoyer sur les roses si j'appelle maintenant, voilà c'est, on se pose beaucoup la question de savoir si c'est le bon moment d'appeler, s'il faut attendre un peu, je me suis déjà fait reprocher d'avoir appelé un peu tard* […] *Je n'ai jamais eu de gros soucis (insiste sur ce mot) non plus, mais, donc je m'en fiche un peu plus maintenant qu'il y a trois-quatre ans de me faire engueuler pour avoir réveillé un médecin pour pas grand-chose »* (Schalck, 2017, p.144).

En effet, ce relais entre sage-femme et obstétricien.ne peut être l'occasion d'une bonne entente comme de désaccords dans le travail, à l'origine de désagréments, ou d'événements indésirables plus ou moins graves. D'une part la sage-femme peut appeler pour faire intervenir le médecin alors que ce dernier ne le juge pas utile et qu'il se voit dérangé pour *« pas grand-chose »*. Mais elle peut aussi se voir reprocher de n'avoir pas insuffisamment évalué le contexte pathologique et de le faire intervenir trop tardivement. Au risque d'une perte de chance pour la patiente et son enfant si la situation venait à se dégrader encore plus. Toutefois, le médecin lui-même peut, lui aussi, se voir reprocher d'avoir mal évalué la situation, sur fond des données transmises, alors qu'il ne s'est pas déplacé et que la situation relevait de la pathologie, voire qu'elle aura conduit à des complications obstétricales graves.

Ce contexte est, lui aussi, bien connu comme étant à haut risque médical et médico-légal, pour les soignants, comme pour les assureurs professionnels. Il concerne spécifiquement l'activité relevant des transmissions. Les éléments transmis sont même susceptibles de constituer des preuves confirmant que la transmission a bien été faite. C'est pourquoi, confie une autre sage-femme, dès la formation initiale « *on marque tout dans le dossier et on marque de plus en plus et quand on est étudiante « et tu as bien noté ça » et « note, note, note, note que tu as appelé le médecin et qu'il est pas venu » on nous fait peur aussi quand on est étudiantes »* (p.150).

De même, les obstétricien.ne.s ce évoquent combien ce contexte est susceptible de prendre une tonalité plus conflictuelle lors de complications obstétricales : « *parfois la sage-femme a mal analysé le rythme [rythme cardiaque du bébé], a appelé trop tard, a fait*

4 Les propos des soignants, tous anonymisés, sont issus des entretiens menés auprès de 16 sages-femmes et 16 obstétricien.ne.s, dans le cadre d'une recherche doctorale soutenue par l'auteure au CNAM, en 2017.

pousser trop longtemps », dit cette obstétricienne. *« Enfin c'est un enchaînement de circonstances, c'est toujours pareil, c'est un enchaînement de…voilà. C'est la sage-femme qui ne donne pas l'alerte assez tôt ou qui ne la donne pas franchement plus tôt »*, conclue un autre (p. 242). Les conflits liés à ces passages de relais donnent lieu à des *« griefs »* lisibles autour de la qualification de l'activité de transmission. La sage-femme appelle *« trop tard », « ne donne pas l'alerte »* ou *« n'a pas appelé »*. Son activité peut être appréciée négativement par le médecin alors qu'elle considérait la situation comme étant encore de son ressort.

Lors de complications obstétricales graves, les sages-femmes s'estiment particulièrement exposées, dans leur travail, aux défenses corporatistes des médecins, comme au risque médico-légal, avec le renforcement de leurs propres défenses corporatistes, comme l'évoque cette sage-femme : *« Alors c'est peut-être complètement faux, mais faudrait voir des statistiques, mais on a toujours l'impression que l'anesthésiste, le médecin vont se défausser sur la sage-femme, genre « oh la sage-femme nous a appelés trop tard, la sage-femme n'a pas mentionné ça » enfin voilà, on a toujours l'impression qu'on est en cause...*[…] *enfin on a l'impression que ceux qui sont au-dessus de nous vont pouvoir se défausser sur nous ; ce qui est peut-être complètement faux, si ça se trouve c'est juste un fantasme de la part des sages-femmes ou on a peur de ça....»* p. 242).

Pourtant les sages-femmes et les obstétricien.ne.s soulignent aussi très largement combien la bonne coopération dans ces passages de relais repose avant tout sur la bonne entente trouvée dans la reconnaissance de chacun par l'autre, à partir de son travail, dans l'activité partagée. : *« Il faut connaître la sage-femme avec qui on travaille, parce que d'autres sont là qui vont vous appeler à différents moments, y en a qui peuvent appeler bien en amont dès qu'il y a un souci, d'autres très tardivement quand c'est déjà bien tard et c'est pour ça qu'il faut qu'on sache avec qui on travaille »* (p. 347), explique cette obstétricienne.

Ainsi chacun peut reconnaître lui-même son travail dans la continuité du travail des autres : *« je dis toujours « la sage-femme elle est là, c'est à peu près tes yeux aussi ». Il vaut mieux m'appeler par excès que de ne pas m'appeler, parce qu'on a peur de m'appeler et de me déranger »*, dit cette obstétricienne. Alors qu'une sage-femme considère que l'essentiel dans le travail commun repose sur « *la confiance qu'on a les uns envers les autres et le fait que, oui, on s'entende bien et qu'on aille dans le même sens »*. Elle estime que « *ça se construit de travailler ensemble (insiste sur ce mot), dans le quotidien (insiste sur ce mot), dans le partage (insiste sur ce mot), dans …le respect (insiste sur ce mot) de l'autre en fait, dans ses capacités, dans son rôle en fait »* (p. 144).

Connaître l'autre ainsi que sa façon de travailler, le reconnaître pour une complémentarité additionnelle plutôt que conflictuelle est une solution qui dépasse un tant soit peu les difficultés liées aux transmissions dans la question des appels. C'est l'espace d'une construction intersubjective, développée en communauté d'intérêts avec les autres, étayée par la reconnaissance mutuelle. Elle dépasse et subsume la reconnaissance cognitive qui elle-même permet de s'entendre dans l'identification et l'évaluation des situations de soins grâce à des connaissances et un savoir commun.

Les transmissions médicales, une « aire » transitionnelle intersubjective

En somme, cette réflexion concernant les transmissions médicale sollicite la perspective d'une activité collective, liée au travail des subjectivités, qui opère un déplacement, avec la possibilité que, par ou pendant ce déplacement, s'opère en même temps un changement. D'ailleurs le terme allemand le plus connu, « die Übertragung », qui désigne la transmission, est celui que Freud a choisi pour qualifier « le transfert » dans la cure analytique. Il appelle le transfert, « die Übertragung », qui sollicite un contre-transfert, « die Gegenübertragung », avec l'idée d'une transmission et d'une contre-transmission réciproque. Cette transmission particulière, dans le transfert, renvoie à cette activité engagée de part et d'autre de l'analysé et de l'analysant, susceptible d'opérer des transformations qui sont l'objet même de l'activité de transmission. Cette activité basée sur les ressorts intimes de la projection, et son élaboration, où s'opèrent pour la pensée, des déplacements conscients aussi bien qu'inconscients, demande une participation active des participants en même temps qu'elle s'adresse au travail de leur subjectivité et de leur intersubjectivité partagée ; sur fond de reconnaissance mutuelle, celle qui scelle leur alliance.

De même, les transmissions médicales ne reposent pas seulement sur une reconnaissance cognitive et intelligente des données concernant le patient qu'il s'agit simplement de relayer. Elles nécessitent une autre forme de reconnaissance qui repose sur une reprise collective commune de la situation de soin. Elles profitent d'un temps d'élaboration partagé où se jouent coopération, solidarité, dans la reconnaissance des compétences, du rôle et du travail de chacun. On y partage en même temps les valeurs concernant le travail avec une culture commune. Cette « aire » non matérielle, néanmoins essentielle, renvoie directement à la mise en jeu de la subjectivité individuelle et des espaces d'intersubjectivité vécus au travail, où la vie émotionnelle et imaginaire a sa place. Cette aire transitionnelle, comme le conçoit Donald Winnicott dans le cas de l'objet transitionnel, se déploie dans la confrontation de la réalité interne de chacun avec la réalité externe, entre « ce qui est objectivement perçu » et qui « est jusqu'à un certain point subjectivement conçu » (Winnicott, 1975, p. 128). Là, où se construit et s'entretient aussi la reconnaissance symbolique des uns avec les autres, au bénéfice de la solidarité d'équipe.

C'est dire que tout ce qui vient altérer la dynamique de la reconnaissance et le collectif de travail, en particulier les équipes instables, soumises à des changements de personnel ou d'organisations incessantes ne peut que nuire à la qualité des transmissions. Cette perspective mériterait d'être explorée par des recherches s'intéressant à la question de la sécurité des patients dans les transmissions médicales, à la hauteur du fonctionnement du collectif de travail, étayé sur la reconnaissance, dans les équipes de soins.

Bibliographie

Arora, V., Kao J., Lovinger, D., Seiden, S.C., Meltzer, D. (2007). Medication discrepancies in resident sign-outs and their potential to harm, *Journal General Internal Medicine*, *22*(12), 1751-5. DOI: 10.1007/s11606-007-04015-x

Arora, V.M., Johnson, J.K., Meltzer, D.O. (2008). A theoretical framework and competency-based approach to improving handoffs, *Quality Safety Health Care*, *17*(1), 11-4. DOI: 10.1136/qshc.2006.018952

Berlincourt, F., Rebell, D., Gacoud, D., Monti, M. (2017). Sécurité des patients : importance des transmissions médicales, *Revue Médicale Suisse*, *13*(584), 2031-35.

Gernet, I., Dejours, C. (2009). Évaluation du travail et reconnaissance*, Nouvelle revue de psychosociologie, 2*(8), 27-36. DOI : 10.3917/nrp.008.0027

HAS, (2014). *Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels*, consultable sur https://has-sante.fr

Hilligoss, B., Moffatt-Bruce, S.D. (2014). The limits of checklists: handoff and narrative thinking. *BMJ Quality & Safety*, *23*(7), 528-33. DOI: 10.1136/bmjqs-2013-002705

Horwitz, L.I., Moin, T., Krumholz, H.M. (2008). Consequences of inadequate sign-out for patient care. *Archives Internal Medicine*, *168*(16), 1755-60. DOI: 10.1001/archinte.168.16.1755

Lhuilier, D. (2006). *Cliniques du travail*, Toulouse, Erès, coll. Clinique du travail.

Lyndon, A. (2006). Communication and teamwork in patient care: how much can we learn from aviation? *Journal Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35, 538-46. DOI : 10.1111/j.1552-6909.2006.00074.x

Minary, J.-P. (2006). Collectifs et cadres de travail dans les impossibles métiers de la relation à l'autre, *Nouvelle revue de psychosociologie, 1*, 87-101. DOI : 10.3917/nrp.001.101

Nebout, S., Kassoul, A., Journois, D. (2014). La transmission médicale en Réanimation, *Actas de la conférence d'actualisation 2014 de la société française d'anesthésie réanimation,* consultable sur : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/La_transmission_medicale_en_reanimation.pdf

O'Brien, C.M., Flanagan M.E., Bergman, A.A., Ebright, P.R., Frankel, R.M. (2016). "Anybody on this list that you're more worried about?" Qualitative analysis exploring the functions of questions during end of shift handoffs, *BMJ Quality & Safety*, *25*(2) 76-83. DOI: 10.1136/bmjqs-2014-003853

OMS, (mai 2007). Solutions pour la sécurité des patients, consultable sur : https://who.int/patientsafety/events/07/patientsafety_solutions_french.pdf?ua=1

Ricoeur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance*, Paris, Folio, coll. Essais.

Sainsaulieu, I. (2003). *Le malaise des soignants, le travail sous pression à l'hôpital*, Paris, L'Harmattan.

Schalck, C. (11.12.2017). *Le travail des soignants dédiés à la vie face à la mort périnatale : sages-femmes et obstétricien(ne)s*, Thèse en psychologie du travail, Paris, CNAM.

Seifert, P.C. (2012). Implementing AORN recommended practices for transfer of patient care information, *AORN journal*, 96 (5), 475-93.

Starmer, A.J., Spector, N.D., Srivastava, R., Allen A.D., Landrigan C.P., Sectish C. (2012). I-PASS, a mnemonic to standardize verbal handoffs, *Pediatrics*, *129*(2), 201-4. DOI: 10.1542/peds.2011-2966

Wiener, N. (1965). *La cybernétique* : *Information et régulation dans le vivant et la machine* (trad. 2014), Paris, Seuil.

Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel* (trad. 1975), Paris, Gallimard, coll. Folio essais.