

DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER

Session Juin 2016

Mémoire de fin d'études

La responsabilité infirmière : Quand le soignant prend des risques

Grégory RENONCOURT

Promotion 2013-2016

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Institut de Formation aux Professions de Santé
La Roche-sur-Yon

DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER

Session Juin 2016

Mémoire de fin d'études

La responsabilité infirmière : Quand le soignant prend des risques

Grégory RENONCOURT

Promotion 2013-2016

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Institut de Formation aux Professions de Santé
La Roche-sur-Yon

Pour commencer, je veux adresser mes remerciements à mon guidant de mémoire, Benoit Janière, pour sa grande disponibilité et ses encouragements tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Je remercie également les personnes qui ont de près ou de loin contribué à ce travail. Je pense notamment aux infirmières rencontrées, à mes collègues de promotion ainsi qu'à ma maman.

Enfin j'adresse mes remerciements à ma femme et mes enfants qui ont su m'attendre pendant ces trois années.

“Les responsabilités nous envahissent, c’est vrai. Mais, sans elles, qu’est-ce qu’on s’ennuie.”

François Mitterrand

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 6 |
| I. Questionnement de départ – Point d’appel | 8 |
| I.1 Histoire du choix du thème | 8 |
| I.2 Questionnement | 10 |
| II. Construction de la problématique..... | 13 |
| II.1 L’infirmier(e) diplômé(e) d’État..... | 13 |
| II.2 La Responsabilité..... | 16 |
| II.2.1 Responsabilité juridique | 16 |
| II.2.2 Responsabilité morale | 20 |
| II.2.1 La responsabilité partagée ou la coresponsabilité..... | 21 |
| II.2.2 La responsabilité infirmière, ses spécificités..... | 22 |
| II.3 Prendre soin | 23 |
| II.4 La responsabilité dans le prendre soin | 24 |
| II.4.1 Les aspects positifs..... | 25 |
| II.4.2 Les difficultés rencontrées | 27 |
| II.4.3 Les impacts..... | 28 |
| II.5 Synthèse et question de recherche | 31 |
| III. Phase de recherche..... | 33 |
| III.1 Choix de la méthode de recherche | 33 |
| III.2 Analyse des entretiens de recherche..... | 34 |
| III.2.1 Méthode d’analyse des entretiens..... | 34 |
| III.2.2 Le vécu personnel des soignantes | 34 |
| III.2.3 Les conditions et les intentions | 35 |
| III.2.4 Les éléments qui permettent de mieux appréhender..... | 37 |
| III.2.5 Les éléments qui protègent..... | 38 |
| III.3 Éclairage conceptuel | 39 |
| III.3.1 Expérience et expertise..... | 39 |
| III.3.2 Relation de confiance | 41 |
| III.4 Synthèse | 42 |
| CONCLUSION..... | 45 |
| SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES | 47 |
| ANNEXES | 51 |
| Annexe I : Grille d’entretien exploratoire | I |
| Annexe II : Tableau de synthèse des entretiens exploratoires | II |

| | |
|--|-----|
| Annexe IV: Verbatim d'entretien de recherche infirmière A | IV |
| Annexe V : Verbatim d'entretien de recherche infirmière B | IX |
| Annexe VI : Verbatim d'entretien de recherche infirmière C | XVI |

INTRODUCTION

INTRODUCTION

De la création des premières écoles d'infirmières par Florence Nightingale à la parution du nouveau référentiel de formation en soins infirmiers en 2009 environ 150 ans se sont écoulés. Durant ce laps de temps, la profession infirmière n'a cessé d'évoluer passant du statut d'assistant du médecin à celui de praticien reconnu doté d'un rôle autonome. Cette évolution se traduit aussi par un accroissement des responsabilités soignantes.

La responsabilité infirmière sera le thème de ce mémoire de fin d'études. Cet écrit s'inscrit en lien direct avec l'initiation à la recherche portée par les UE¹ suivantes : « *Initiation à la démarche de recherche* » et « *Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles* ». Je vais vous présenter mon travail sur l'influence de la responsabilité dans le prendre soin.

Pour cela je développerai mon thème et les raisons qui m'ont poussé à l'investir. Puis je mettrai en avant les concepts de la responsabilité et du prendre soin. J'exposerai ensuite le fruit de mon questionnement par la mise en lien de ces deux concepts à travers mes lectures et des entretiens exploratoires. Enfin, j'analyserai mes entretiens afin d'apporter un éclairage sur ma question de recherche.

¹ UE, lire partout Unité d'Enseignement

Questionnement de départ

I. Questionnement de départ – Point d’appel

I.1 Histoire du choix du thème

Informaticien de part ma formation initiale, j’ai choisi de me réorienter vers la profession d’infirmier pour diverses raisons. Parmi elles, le souhait d’accompagner les patients au cours de leur maladie, l’aspect relationnel bien sûr, mais aussi la technicité demandée sans oublier une certaine responsabilité que je qualifiais au départ de différente. Sur ces bases, j’ai décidé de me réorienter.

Évidemment j’aurais pu évoluer dans mon domaine professionnel initial pour voir évoluer mes responsabilités mais je cherchais autre chose. Pour moi passer d’un statut de responsable de bases de données à la prise en charge d’un patient signifiait une toute autre responsabilité. Je trouvais cela plus motivant d’avoir des responsabilités en lien avec un être humain, une personne, avec ses envies, ses peurs, ses joies, en d’autres termes son intégrité physique. C’est d’ailleurs ce que grand nombre d’infirmières rencontrées m’ont confié : « On a la vie des patients entre nos mains ! ».

Cette responsabilité, j’ai pu l’appréhender dès le début de ma formation à travers plusieurs situations. Tout d’abord durant mon stage du semestre 2 dans un EHPAD². L’infirmière avec qui je travaillais me laissa prendre en charge un secteur de patients. La plupart étant diabétiques insulino-dépendants. Elle expliqua qu’elle m’avait vu réaliser les soins liés à cette pathologie et que l’on avait revu ensemble la conduite à tenir en cas de signes cliniques et/ou de valeurs glycémiques anormales. Ainsi, la professionnelle, en me validant des compétences, avait augmenté mon degré d’autonomie et donc de responsabilité.

C’est à cet instant précis que je suis rentré pleinement dans le rôle de futur infirmier. J’étais à la fois fier, heureux mais dans le même temps stressé. Une erreur de lecture, un signe clinique non perçu peut avoir des conséquences graves pour le patient. La citation « la responsabilité trouve son origine dans le soin »³ prend ici tout son sens.

² EHPAD, lire partout Établissement d’hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

³ Worms F. « **Le soin à l’origine de la responsabilité** ». in Santé Mentale, Décembre 2006, N° 113. p 28

Dans le même temps je décidais de m'impliquer au sein de la formation en devenant délégué de ma promotion. Il s'agit d'un statut reconnu avec des missions particulières⁴. Endosser ce rôle impliquant un aspect moral ainsi que des obligations de réserve qui s'apparentent finalement au travail de l'infirmier(e) dans un service. J'avais connaissance des dossiers de certains de mes camarades en difficulté. Il me fallait à la fois avoir le regard de l'étudiant mais également celui du futur professionnel afin de me positionner au mieux. Par exemple, la faute commise par un étudiant en soins infirmiers est-elle acceptable pour son niveau de formation ?

De plus, certains faits tragiques m'ont questionné sur la responsabilité. Je repense notamment à cette étudiante bordelaise ayant commis une erreur d'administration médicamenteuse⁵ qui avait entraîné la mort du patient ou bien encore cette infirmière qui avait injecté du chlorure de magnésium à un enfant⁶.

Ainsi la responsabilité soignante me questionne. Je m'aperçois que la question est soulevée par un grand nombre d'entre nous. Une enquête de 2010⁷ montre que sur 306 étudiants qui arrêtent leur formation, 40% évoquent le sujet de la responsabilité comme facteur prépondérant, ce qui semble être confirmé par les propos de Catherine Didier⁸ « ... de trop nombreux étudiants vivent leur responsabilité comme un poids. »⁹. Selon le Larousse, le poids est « *quelque chose de dur à supporter* »¹⁰.

Dans le même temps la responsabilité me fait peur et me stimule. Il s'agit d'une responsabilité bien différente que celle que j'ai connue précédemment. Je me retrouve pleinement dans les mots d'A. Bioy¹¹ qui va même jusqu'à parler d'un sentiment de

⁴ Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

⁵ ActuSoins. (page consultée le 21/04/2016) **L'erreur d'une étudiante infirmière provoque le décès du patient** [en ligne]. Adresse URL : <http://www.actusoins.com/24810/lerreur-dune-etudiante-infirmiere-provoque-deces-dun-patient.html>

⁶ Le Figaro. (page consultée le 21/04/2016) **L'erreur d'une infirmière cause le décès d'un enfant** [en ligne]. Adresse URL : <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2008/12/26/01016-20081226ARTFIG00013-l-erreur-d-une-infirmiere-cause-la-mort-d-un-enfant-.php>

⁷ Estryon-Behar M. « **Interruptions et abandons dans la formation en soins infirmiers en île-de-France** ». in Soins Cadre, Février 2010, N° 73. p 49.

⁸ Catherine Didier est coordinatrice pédagogique en Institut de Formation en Soins Infirmiers

⁹ Didier C. « **La gestion des risques en formation initiale, engagement et responsabilité** ». in Soins, Juin 2010, N°746. p 58

¹⁰ Larousse. (page consultée le 21/04/2016) **Dictionnaire en ligne** [en ligne]. Adresse URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>

¹¹ Antoine Bioy est professeur de psychologie clinique et de psychopathologie

responsabilité qu'il distingue par « *il est indispensable à toute pratique soignante et en même temps lourd à porter.* »¹².

I.2 Questionnement

Après ma décision de m'orienter vers le thème de la responsabilité soignante, j'ai entrepris des lectures à partir d'articles issus de revues et de sites internet pour bien « délimiter » le sujet. J'ai aussi repris les cours enseignés lors du semestre 1 et 2 concernant la responsabilité, inclus dans l'UE 1.3 « *Législation, Éthique et déontologie* ».

Je me suis par la suite penché sur des ouvrages d'auteurs faisant référence en la matière. Je pense notamment à Gilles Devers, ancien infirmier devenu avocat qui connaît bien la problématique de la responsabilité. J'ai cherché à comprendre ce qui se cachait derrière le terme de responsabilité et comment les soignants la vivait.

Qu'entend-on réellement par le terme de responsabilité ?

Quelle est la signification concrète de la formule « être responsable » ?

Comment les infirmières investissent-elles cette responsabilité ?

Comment gèrent-elles cette responsabilité ?

Est-ce facile d'être responsable lorsque l'on est infirmière ?

Y a-t-il plusieurs niveaux de responsabilité ?

Le sentiment de responsabilité et la responsabilité sont-ils synonymes ?

Jusqu'où s'étend la responsabilité de l'infirmière dans la prise en soins des patients ?

Peut-on parler d'une responsabilité soignante ?

Comment la responsabilité infirmière a-t-elle évolué au cours du temps ?

Qu'est-ce qui aide à prendre ses responsabilités ?

La responsabilité a-t-elle un impact dans la relation avec l'équipe ? Avec le patient ?

Et, plus globalement, **quel est l'impact de la responsabilité soignante dans le prendre soin ?**

Cette question est intéressante puisqu'elle regroupe à elle seule une grande partie de mon questionnement précédent. De plus, elle permet de faire le lien entre le « soignant » et le « soigné » par le biais du prendre soin. Enfin, c'est une question qui n'appelle pas de réponse immédiate et dont le résultat m'apparaît comme bénéfique pour mon futur

¹² Bioy A. & Fouque D. *Manuel de psychologie du soin*. Paris : Bréal, 2002. p 35

professionnel. En effet, avoir connaissance des impacts peut me permettre de mieux les gérer par la suite.

L'analyse des concepts suivants, l'infirmier(e) diplômé(e)s d'état, la responsabilité, le prendre soin, seront les amorces de réponses à la question posée.

Construction de la problématique

II. Construction de la problématique

II.1 L'infirmier(e) diplômé(e) d'État

Selon le Larousse, un(e) infirmier(e) est une : « *Personne habilitée à assurer la surveillance des malades et à les soigner sur prescription médicale.* ».

Le code de la santé publique indique : « *Est considéré(e) comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application de son rôle propre qui lui est dévolu.* »¹³

La profession est réglementée par plusieurs textes dont certains sont communs à plusieurs professions de santé. Citons tout d'abord la loi du 4 Mars 2002 dite « *Loi Kouchner* ». Celle-ci affirme le droit des patients et donc induit des obligations pour les soignants. Voici notamment les droits concernant le patient :

- Droit à la protection de la santé
- Droit au respect de la dignité
- Droit au respect de la vie privée et au secret des informations
- Droit à recevoir des soins les plus appropriés et traitements dont l'efficacité est reconnue
- Droit à recevoir des soins visant à soulager la douleur

De même, la loi dite « *Loi Claeys-Léonetti* »¹⁴ adoptée en février 2016 établit des droits pour les personnes malades en fin de vie. En plus de renforcer la dignité de la personne soignée, elle stipule que les soignants ne doivent pas se trouver dans l'obstination déraisonnable. Elle introduit aussi les directives anticipées, le double effet, les procédures collégiales auxquelles peut participer un(e) infirmier(e).

¹³ Article L4311-1 du code de la santé publique, relatif à l'exercice de la profession.

¹⁴ LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Citons aussi la charte du patient hospitalisé que chaque soignant se doit de respecter¹⁵. Des dispositions spécifiques pour les patients hospitalisés dans des établissements relevant de la psychiatrie¹⁶. Il faut également aborder des textes plus généraux qui ne s'adressent pas uniquement au milieu médical mais à tout un chacun notamment la déclaration universelle des droits de l'homme. Enfin, le code de santé publique encadre et définit les actes¹⁷ et les devoirs¹⁸ des infirmier(e)s diplômé(e)s d'état.

Ainsi l'infirmier « *exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la **dignité** et **l'intimité** du patient et de sa famille* »¹⁹.

*« L'exercice de la profession de l'infirmier ou de l'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, dépistage, de formation et d'éducation à la santé »*²⁰

L'examen du décret nous permet de définir l'existence de quatre types d'actes²¹ : le rôle autonome, sous prescription médicale, sous protocole, en collaboration avec un médecin.

- Le rôle autonome revient à la surveillance clinique des patients, les soins d'hygiène ainsi que l'éducation. Il ne nécessite pas de contrôle médical et est effectué en autonomie. Il est bon de noter que, depuis peu, les infirmier(e)s sont habilité(e)s à réaliser des prescriptions médicales²² ainsi que des vaccins sous certaines conditions.

¹⁵ Ministère de la Santé et des affaires sociales. (page consultée le 21/04/2016) **Charte de la personne hospitalisée** [en ligne]. Adresse URL : https://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

¹⁶ Loi n°2011- 803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

¹⁷ Article R4311-3 à R4311-15 du code de la santé publique, relatif aux actes professionnels.

¹⁸ Article R4312-1 à R4312-32 du code de la santé publique, relatif aux devoirs.

¹⁹ Article L4312-2 du code de la santé publique, relatif aux devoirs généraux.

²⁰ Article L4311-1 du code de la santé publique, relatif à l'exercice de la profession.

²¹ Lautard V. **Glissement de compétences entre infirmiers et médecins : une insécurité juridique permanente**. Toulouse : Université de Toulouse, 2012.

²² L'assurance maladie. (page consultée le 21/04/2016) **Droit de prescription des infirmiers** [en ligne]. Adresse URL : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/droit-de-prescription-des-dispositifs-medicaux/droit-de-prescription-des-infirmiers.php>

- Le rôle sous prescription médicale est associé à la réalisation d'actes plus ou moins techniques sous condition que ceux-ci fassent l'objet d'une prescription médicale valide.
- Le rôle sous protocole. L'infirmier(e) peut, si un protocole valide existe, réaliser des actes sans avoir besoin d'une prescription médicale. On trouve ainsi dans de nombreux établissements hospitaliers des protocoles permettant aux infirmier(e)s de donner des antalgiques de palier 1 aux patients qui répondent à certains critères précis.
- Le rôle en collaboration. Ici l'infirmier(e) intervient en tant qu'assistant du médecin, le geste étant réalisé par ce dernier.

En plus de ces différents rôles, l'infirmier(e) doit également encadrer le personnel placé sous son autorité tel que les aides-soignants, les étudiants en soins infirmiers, les élèves aide-soignant. Depuis la réforme de la formation en 2009, l'infirmier(e) valide également les compétences de l'étudiant en soins infirmiers durant le stage dans son service.

Enfin nous retrouvons dans le cadre de l'urgence le décret permettant d'apporter des précisions quand à la pratique infirmière. L'article R. 4311-14 stipule en effet que :

« En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état ».

Tous ces éléments posent donc un *cadre réglementaire à la fois strict et précis* sur ce que peut et doit réaliser un infirmier(e) dans le cadre de ses fonctions.

Il en résulte qu' : « *un infirmier ne peut pas être tenu pour responsable de ne pas avoir réalisé une action qui n'entre pas dans son champ* »²³.

II.2 La Responsabilité

Il s'agit d'une notion difficile à appréhender. On entend diverses déclinaisons sur ce sujet et beaucoup d'expressions différentes. Ne dit-on pas « *avoir le sens des responsabilités* », « *le sentiment de responsabilité* », « *avoir un métier avec beaucoup ou à l'inverse peu de responsabilité* », « *Prendre ses responsabilités* », « *ce n'est pas de ma responsabilité* ».

Le Larousse donne la définition suivante : « *obligation ou nécessité morale de répondre, de se porter garant de ses actions ou de celles des autres* »²⁴.

Il s'agit d'une définition qui reprend la ligne principale, qui est de répondre de ses actions. Répondre, oui mais de quelle matière et à quel moment ?

Au travers de ces deux premiers termes que sont l'obligation et la nécessité morale, j'ai choisi d'introduire les deux grands types de responsabilité. Je ferai correspondre l'obligation à la responsabilité juridique et la nécessité morale à la responsabilité morale. Par la suite nous verrons comment les différencier. Enfin nous aborderons la responsabilité de l'infirmière.

II.2.1 Responsabilité juridique

La responsabilité juridique intervient à posteriori de l'action. Elle va permettre l'examen d'une situation, par une juridiction compétente, afin de savoir si la responsabilité d'une personne ou d'un groupe de personnes est engagée ou non. Nous ne choisissons pas d'être responsable, cela s'impose à nous²⁵. Elle-même se divise en plusieurs branches. Dans le cadre des infirmier(e)s, j'en retiendrais principalement trois déclinaisons :

²³ Caumes G. « **La responsabilité civile et pénale de l'infirmier** ». in La revue de l'infirmière, Juin-Juillet 2012, N°182. p 26.

²⁴ Larousse *Op. Cit.*

²⁵ Devers G. « **Responsabilité : un mot pour plusieurs significations** ». in Objectif soins et management, Avril 2015, N°235. p 16.

- La responsabilité civile et administrative engagée afin d'obtenir réparation.

Il s'agit de la première branche de la responsabilité juridique. Elle est dite « de réparation », elle comprend la responsabilité civile et administrative. Sa finalité est de réparer un dommage causé au patient par le versement d'une indemnisation. Pour cela le patient demandeur doit rapporter la preuve d'une faute, d'un dommage et d'un lien entre les deux.

Cependant la loi du 4 mars 2002 a apporté un élément nouveau puisque, au delà de la responsabilité pour faute, est instituée une responsabilité sans faute liée aux affections iatrogènes et infection nosocomiales.

« Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvrent droit à la réparation des préjudices du patient »²⁶.

Cette responsabilité est civile lorsque l'infirmier(e) est issu d'une filière libérale ou relève d'un statut de droit privé. La procédure sera dirigée vers le tribunal de grande instance. La responsabilité est administrative lorsque l'infirmier(e) mis en cause relève d'une administration hospitalière. La procédure fera intervenir le tribunal administratif.

Dans le secteur public, c'est la faute administrative de l'hôpital qui sera retenue. Toutefois en cas de faute personnelle détachable du service il appartient à l'infirmier(e) d'y répondre à titre personnel. C'est donc la qualification de la faute (faute de service ou faute personnelle) qui fera la distinction des entités responsables (hôpital ou personnel infirmier).

La faute de service peut être de deux ordres, soit il s'agit d'une faute liée à l'acte, soit il s'agit d'une faute liée au mauvais fonctionnement du service. Il peut s'agir pour l'infirmier(e) d'une négligence, d'une imprudence, d'une inattention. On pourra citer le défaut de surveillance d'un patient, l'inattention dans le dosage d'un traitement médicamenteux. La faute personnelle est le fruit d'un comportement inapproprié de la part de l'infirmier(e) comme le vol, la violence envers le patient mais également lorsqu'il dépasse les compétences définies dans le code de la santé publique. Le non respect du secret

²⁶ Article L1142-1 du code de la santé publique, relatif aux risques sanitaires résultant du système de santé.

professionnel, la réalisation d'un acte médical ou la délivrance de médicament sans ordonnance entraînent la responsabilité personnelle de l'infirmier²⁷.

Cette notion de faute est à ne pas confondre avec l'aléa ou l'erreur²⁸. L'aléa étant « *la conséquence non maîtrisée d'un acte irréprochable* » et l'erreur étant « *un acte ou une décision prudent, attentif, et attentionné, qui témoigne d'un bon comportement professionnel, mais dont le résultat s'avère insatisfaisant* »²⁹. Toutes ces différences peuvent paraître subtiles mais elles sont primordiales pour le soignant. La responsabilité civile ou administrative n'est engagée qu'en cas de faute.

- La responsabilité pénale engagée afin que le professionnel de santé ou son employeur soient sanctionnés.

La responsabilité pénale c'est « *l'obligation de répondre de ses actes délictueux en subissant une sanction pénale dans les conditions et selon les formes prescrites par la loi. Plus spécialement, cette expression est utilisée à propos de certaines personnes en raison d'une qualité qui leur est propre* »³⁰.

Selon l'organisme d'assurance la MACSF : « *La responsabilité pénale a pour objectif de punir le comportement dangereux ou illicite d'un professionnel de santé du fait des dommages qu'il a pu causer à son patient ou du simple fait d'avoir fait courir un risque injustifié à celui-ci.* »³¹

Il s'agit donc de condamner individuellement la personne afin de sanctionner la faute qu'elle a commise si celle-ci est considérée comme une infraction à la loi et constitue une atteinte au droit commun.

Deux types d'atteintes sont constatés³² ; les atteintes volontaires et celles qui sont involontaires.

²⁷ Lautard V. *Op. Cit.* p. 14.

²⁸ Devers G. **Lettre d'un avocat à une amie infirmière**. Ruel-malmaison : Lamarre, 2003. p. 49.

²⁹ Devers G. **Droit, responsabilité et pratique du soin**. Ruel-malmaison : Lamarre, 2007. p. 45.

³⁰ *Loc. Cit.*

³¹ MACSF. (page consultée le 21/04/2016) **Les 3 responsabilités professionnelles de l'infirmière** [en ligne]. Adresse URL : <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Cadre-general/responsabilites-infirmiere>

³² Caumes G. *Op. Cit.* p. 26

- Les atteintes volontaires peuvent résulter d'une infraction au code de la santé publique comme une pratique professionnelle illégale (exercer la profession d'infirmier sans être détenteur du diplôme d'État par exemple) ou une infraction réglementaire sur les stupéfiants. Elles peuvent aussi provenir d'une infraction au code pénal comme la violation du secret professionnel ou bien encore d'une atteinte volontaire à la vie.
- Les atteintes involontaires se répartissent d'une part entre les homicides involontaires dont la cause serait un acte délictueux commis par maladresse, inattention ou négligence et les dommages corporels involontaires trouvant leur origine dans les actes délictueux ou de fautes professionnelles assorties d'un manque de surveillance entraînant un dommage corporel pour le patient.

C'est au procureur, représentant l'État, d'établir la culpabilité de la personne et de sanctionner la faute. La sanction va de la simple amende à une peine d'emprisonnement mais elle peut également se formaliser en une remise en cause d'exercer la profession. À titre indicatif, la peine maximale pour des blessures est de 3 ans d'emprisonnements et 45 000€ d'amende.

Pour Gille Devers, c'est la responsabilité la plus redoutée des soignants³³. Car même s'il est un professionnel compétent, l'infirmier(e) n'est pas à l'abri d'un acte défectueux ou d'une inattention. Je repense à ces nuits passées durant un stage en médecine, lorsqu'à 6 heures du matin alors que les yeux sont lourds et les réflexes diminués par la fatigue, nous devons effectuer notre dernier tour de surveillance.

« Une infirmière est plus exposée en terme de responsabilité qu'un avocat »³⁴.

- La responsabilité disciplinaire

Elle existe tant pour les personnels relevant du droit public que du droit privé. La responsabilité disciplinaire permet de sanctionner le comportement d'un(e) infirmier(e) dans l'exercice de son métier. Elle est évoquée quand il y a une violation de règles professionnelles indiquées dans les articles R. 4312-1 à R. 4312-89 ou bien encore un dépassement des compétences réglementaires tel que prévu dans les articles R 4311-1 à R. 4311-15 du code de la santé publique.

³³ Devers G. *Op.Cit.* p. 57.

³⁴ *Loc. Cit.*

Les sanctions peuvent être l'avertissement, le blâme, la mise à pied mais également le licenciement selon la structure dans laquelle travaille l'infirmier(e). Pour les infirmier(e)s exerçant à domicile, c'est le conseil régional des assurances sociales qui prononce la sanction.

Ainsi ces trois registres de la responsabilité juridique sont les garants de la protection du patient.

Après avoir étudié la responsabilité juridique supportée par l'infirmier(e), je vais à présent expliciter la responsabilité morale.

II.2.2 Responsabilité morale

Le Larousse définit la morale comme un : « *ensemble de règles de conduite, considérées comme bonnes de façon absolue ou découlant d'une certaine conception de vie.* »³⁵.

Selon Gilles Devers, la responsabilité morale « *renvoie au sens du devoir. C'est l'exigence morale : faire ce qui est bien et se garder de ce qui est mal* »³⁶. Il va même jusqu'à la décrire comme une sorte de culpabilité morale³⁷.

Dans le dictionnaire humaniste infirmier la responsabilité morale « *repose sur la notion de devoir à l'égard des autres sans attendre de réciprocité ou de retour* »³⁸.

Autrement dit, il s'agit, contrairement à la responsabilité juridique d'une notion plus subjective. En effet, notre morale est liée à notre éducation, nos croyances, nos valeurs.

Mais quel est le lien entre responsabilité morale et culpabilité ? La culpabilité étant définie par un « *sentiment de faute ressentie par un sujet, que celle-ci soit réelle ou imaginaire.* »³⁹. Ce qui est confirmé par Gilles Devers : « *Elle ressent une obligation morale : une réussite ou un échec relève de sa responsabilité* »⁴⁰. C'est ce qui pose problème pour

³⁵ Larousse *Op. Cit.*

³⁶ *Id.* « **Responsabilité : un mot pour plusieurs significations** ». in Objectif soins et management, Avril 2015, N°235. p 15.

³⁷ *Id.* **Droit, responsabilité et pratique du soin**. Ruel-malmaison : Lamarre, 2007. p. 44.

³⁸ Paillard C. **Dictionnaire humaniste infirmier**. Noisy le grand : Setes, 2013. p. 237.

³⁹ Larousse *Op. Cit.*

⁴⁰ Devers G. *Op.Cit.* p. 45.

certaines soignants puisqu'ils se sentent responsables même lorsque leur responsabilité juridique n'est pas engagée. Durant mes entretiens exploratoires, une infirmière me dira « *Je me sens coupable lorsque ce n'est pas bien fait* » ou bien encore « *A la moindre erreur je me dis que c'est moi, j'aurai du le détecter.* ». Mais d'où vient ce sentiment de responsabilité morale exacerbée ? Selon Mme Maugin⁴¹, cela est lié à la volonté de réparation qui est très présente dans les métiers qui sous tendent un engagement dans l'aide à l'autre. D'un point de vue psychanalytique : c'est le surmoi qui est le siège de la culpabilité, le surmoi prenant naissance durant la période œdipienne comme identification au père. Il est important alors pour le soignant de bien identifier les raisons qui le poussent à se lancer dans un métier de l'aide à la personne.

Ainsi la responsabilité morale des personnels infirmiers s'analyse comme étant prégnante ; Gilles Devers dira à ce sujet « *parce que connaissant bien leurs compétences et la souffrance du patient, ils discernent tous les manquements à commencer par les leurs* »⁴² et rajoute toujours en parlant de la responsabilité morale « *c'est elle qui est le véritable moteur de la qualité des soins et du respect des patients* »⁴³.

C'est à travers notre parcours de vie mais aussi grâce aux enseignements portés par les instituts que se forme notre responsabilité morale. Bien sûr, celle-ci restera subjective car elle est dans le même temps personnelle et uniformisée. Il faut entendre pour responsabilité morale uniformisée une notion bien présente pendant la formation en soins infirmiers. Le projet pédagogique de l'IFPS⁴⁴ définit la responsabilité morale comme valeur en conception de formation⁴⁵.

II.2.1 La responsabilité partagée ou la coresponsabilité

Parce que l'infirmier ne travaille jamais seul, je souhaite également aborder la notion de coresponsabilité. Elle intervient dans le cadre d'un travail en équipe. Une équipe étant constituée d'au moins deux individus qui sont en relations directe et travaillant pour un

⁴¹ Mme Maugin est psychologue clinicienne

⁴² id. « **Responsabilité : un mot pour plusieurs significations** ». in Objectif soins et management, Avril 2015, N°235. p 15.

⁴³ *Loc. Cit.*

⁴⁴ IFPS, lire partout Institut de Formation aux Professions de la Santé

⁴⁵ IFPS Vendée. (page consultée le 21/04/2016) **Le projet pédagogique** [en ligne]. Adresse URL :http://www.ifps-vendee.fr/sites/ifps-vendee/files/fichiers/Intranet/IFSI/projet_pedagogique_promotion_2013-_2016.pdf

objectif commun avec un leader de désigné⁴⁶. Si un dommage survient, il est alors possible que la justice recherche la responsabilité des autres membres de l'équipe. Les exemples qui reviennent fréquemment sont la responsabilité partagée du médecin et de l'infirmier ou bien encore celle de l'infirmier(e) et de l'aide-soignant.

II.2.2 La responsabilité infirmière, ses spécificités

La responsabilité infirmière est en quelque sorte le lien entre la responsabilité juridique et la responsabilité morale. David Smadja parle, lui, d'une « *responsabilité spécifique* »⁴⁷.

John Ballet écrit : « *Pour le soignant, sa responsabilité est régulièrement engagée. Il vit dans un contexte professionnel où chaque décision peut être décisive pour l'équilibre vital de la personne soignée.* »⁴⁸. Je peux établir un lien avec la question posée aux infirmières « *Avez-vous de la responsabilité ?* »⁴⁹. Elles sont deux sur trois à me répondre sans attendre la fin de ma question : « *oui beaucoup, on a la vie des patients entre nos mains.* ». La prise de décision est un élément important dans notre profession et cela implique de notre part une réflexion qui appelle à la vigilance.

Le site internet dédié aux soins palliatifs dans le département de la Loire-Atlantique en brosse une très juste définition :

« C'est la capacité de prendre des décisions sans en référer préalablement à l'autorité supérieure mais en acceptant d'en rendre des comptes. Elle comporte :

- *une réflexion, une analyse qui se feront grâce à l'intelligence éclairée par la conscience,*
- *un choix qui se fera grâce à la liberté,*
- *un acte qui se fera grâce à la volonté. »*⁵⁰

⁴⁶ Desserprit G. « **La définition du travail en équipe et de sa dynamique** ». in Soins Cadre, Février 2015, N° 93. p. 61

⁴⁷ Smadja D. « **Engagement et responsabilité** ». in Santé Mentale, Décembre 2006, N° 113. p. 24

⁴⁸ Ballet J. Cours **La responsabilité** promotion 2013-2016. La Roche-sur-Yon : IFPS, 2014.

⁴⁹ cf. Annexe I

⁵⁰ Réseau de soins palliatifs de l'estuaire de la Loire. (page consultée le 21/04/2016) **La responsabilité soignante** [en ligne]. Adresse URL : respel.org/fileadmin/telechargements/responsabilit__IDE.pdf

Il est possible de faire le lien entre les trois attributs cités et la profession. Ainsi l'intelligence éclairée par la conscience pourrait s'apparenter au raisonnement clinique. Le choix qui se fait grâce à la liberté s'inscrit dans le cadre de l'autonomie et l'acte grâce à la volonté peut être mis en lien avec l'engagement que nous avons pour la profession. Ma définition de la responsabilité infirmière serait la suivante : il s'agit de la capacité à prendre des décisions, à les transformer en actes et à être capable d'en répondre devant sa propre conscience ainsi que devant la société en ayant comme repère les lois, les normes ainsi que nos valeurs.

II.3 Prendre soin

Prendre soin c'est suivant le Larousse : « *s'en occuper, veiller sur lui* ».

Ce concept tient son origine de la langue anglo-saxonne pour laquelle prendre soin se traduit par caring. Jean Watson, infirmière américaine introduit le caring comme « *une démarche soignante favorisant soit le développement ou le maintien de la santé soit une mort paisible* »⁵¹.

Cependant, si je ne devais retenir qu'un seul nom, ce serait celui de Walter Hesbeen. Cet infirmier de formation, nous fait partager à travers ses ouvrages, son point de vue sur le prendre soin. Pour lui, prendre soin consiste à : « *porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce dans une perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien être, à sa santé* »⁵².

Cette définition résume à elle seule, une des motivations qui m'a poussé à franchir la porte de l'IFSI afin de me former aux soins infirmiers. Et je rejoins ses écrits quand il parle de prendre soin comme une valeur⁵³.

Walter Hesbeen fait par ailleurs la distinction entre prendre soin et faire des soins. Le premier n'étant pas le rôle exclusif des infirmier(e)s mais de tout le monde. Il rappelle également que les soins infirmiers sont inscrits dans le prendre soins. « *Le soins infirmier s'inscrit ainsi dans une démarche interpersonnelle et comprend tout ce que les infirmières et*

⁵¹ Vigil-Ripoche MA., **Les concepts en sciences infirmières, 2ème édition : Prendre soin, care et caring**. Lyon : Mallet conseil, 2012. p. 245.

⁵² *Ibid.* p. 246.

⁵³ Hesbeen W. **Prendre soins à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante**. Paris : Masson, 1997. p. 37.

les infirmiers font, dans les limites de leurs compétences, pour prendre soin des personnes. »⁵⁴.

Prendre soin de quelqu'un apparaît donc comme être à l'écoute de la personne, et de lui apporter notre aide selon notre champ de compétences. Ce que Walter Hesbeen nomme « *Les mille et un détails* »⁵⁵. Cela va donc de la pose d'une perfusion à une toilette en passant par une éducation thérapeutique. Mais s'y trouvent aussi le réglage d'un poste de radio qui capte mal France Inter, une partie d'Uno® ou bien encore écouter, sans parler, le désarroi d'une nuit sans sommeil. Je comprends donc le prendre soin à travers mon expérience professionnelle et personnelle comme avoir de l'inquiétude et de la curiosité pour l'autre.

Ce concept, ou plutôt cette valeur, est en lien direct avec la responsabilité. Responsabilité juridique car l'infirmier a le devoir de soigner et de contribuer au bien être du patient, responsabilité morale car je me sens pleinement responsable des patients que je rencontre dans le cadre de mon travail et cela sans attendre qu'un texte ou une loi ne me l'impose.

II.4 La responsabilité dans le prendre soin

Mais concrètement qu'est-ce que la responsabilité dans le prendre soin pour un(e) infirmier(e) ? Est-ce une valeur commune aux professionnels ? Ont-ils tous la même définition de ce qu'est la responsabilité ? Comment la responsabilité est-elle vécue au quotidien par les soignants ?

Pour répondre à ces questions et sur les conseils de mon guidant, j'ai réalisé des entretiens exploratoires pour confronter mes apports théoriques avec la réalité. Je me suis également aidé d'articles présents dans des revues ou des magazines professionnels. Il faudra garder en mémoire qu'avec le recueil de trois infirmières les conclusions n'auront pas de caractère généraliste. En effet, j'aurais pu obtenir un résultat différent en interviewant un plus grand nombre d'infirmier(e)s.

⁵⁴ *Ibid.* p. 65

⁵⁵ *Ibid.* p. 69

L'articulation du compte rendu de ma phase exploratoire s'est attachée à aborder successivement les aspects positifs puis les aspects négatifs.

II.4.1 Les aspects positifs

Il y a tout d'abord un aspect que je souhaitais introduire qui est celui de la reconnaissance sociale qui, de mon point de vue, est importante. Ballet John dit : « *se sentir responsable est intimement lié au fait de se sentir reconnu et utile socialement.* »⁵⁶.

Pour aller plus loin dans les aspects positifs je suis resté sur les écrits de Gilles Devers qui dit : « *La responsabilité a un contenu positif dans la mesure où elle signifie relation à l'autre, reconnaissance de compétence, liberté d'initiative.* »⁵⁷. Ainsi pour le soignant la responsabilité c'est être autonome dans sa fonction. Comme le dit Nathalie Warchol « *Il ne peut y avoir autonomie sans responsabilité* »⁵⁸. Effectivement, si j'assume les conséquences de mes actes et que je peux décider seul, je suis autonome. Je fais le parallèle avec ma situation. Quand, durant mon stage, j'ai eu des apports sur le diabète par l'infirmière j'étais en capacité de prendre certaines décisions seul, c'est pourquoi j'avais plus d'autonomie et donc de responsabilité. Cet exemple ouvre également la voie vers la responsabilité comme reconnaissance de compétence. Perrenoud écrit que « *... les tâches qualifiées entraînent une responsabilité morale et juridique personnelle, qu'on ne peut assumer qu'en étant le premier maître de ses actes* »⁵⁹. Mais comment être maître de ses actes ? Toujours selon le même auteur⁶⁰, cela viendrait de la compétence : « *une compétence est une capacité d'action efficace face à des familles de situations qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires [...] pour identifier et résoudre de vrais problèmes* ».

La compétence est pour le Larousse : « *capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger* »⁶¹. Cette définition contient deux notions fondamentales que recouvrent la compétence, à savoir les connaissances et la capacité de jugement.

⁵⁶ Ballet J. Cours Op. Cit.

⁵⁷ Devers G. Op.Cit. p. 45.

⁵⁸ Warchol N., **Les concepts en sciences infirmières, 2ème édition : Autonomie**. Lyon : Mallet conseil, 2012. p. 88.

⁵⁹ Loc. Cit.

⁶⁰ *ibid* p. 111.

⁶¹ Larousse Op. Cit.

« C'est un ensemble de savoir-faire opérationnels, de connaissances générales et techniques et de comportements professionnels, structuré, mobilisé et utilisable en fonction des activités à réaliser dans des situations de travail actuelles et futures. C'est aussi la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances associées à ces savoir-faire et des savoir-être. »⁶².

Cette définition vient compléter la suivante en mettant en avant les différents types de connaissances requises et établit le lien indissociable qui existe entre le savoir-faire et le savoir théorique. Cela fait le lien avec les dix compétences que les étudiants infirmiers doivent valider au cours de leur formation.

La responsabilité dans le prendre soin a des aspects positifs pour les soignants mais également pour le patient. Toujours selon Gilles Devers : *« être infirmière c'est prendre ses responsabilités pour assurer la meilleure prise en charge du patient. »⁶³*. Avoir des soignants responsables est ainsi gage de recevoir des soins de qualité. Mais qu'est-ce qu'un soin de qualité ? Pour l'HAS⁶⁴, il s'agit d'un soin efficace, adéquat, sûr, équitable, accessible, continu, efficient et associant le patient⁶⁵. Ce soin ne peut être de qualité que si il est fourni par des soignants responsables et donc compétents. Rentre en compte également l'aspect juridique qui permet au patient d'avoir l'assurance de voir son intimité, sa dignité préservée par le biais de lois que nous avons détaillées plus haut. Mais également par l'aspect moral. Je souhaite citer Frédéric Worms qui écrit la chose suivante : *« Il y a de toute évidence un lien intime ente le soin et la responsabilité. Prendre de soin de quelque chose ou de quelqu'un c'est en quelque sorte en répondre comme de soi même. »⁶⁶*.

La responsabilité dans le prendre soin est donc le gage à la fois pour le soignant mais également pour le patient d'une reconnaissance mutuelle qui s'avère bénéfique. Cela peut balayer une version quelque peu idyllique du milieu du travail dans lequel nous

⁶² Le répertoire des métiers de la fonction publique infirmière. (page consultée le 21/04/2016) **Lexique des notions clés utilisées dans le répertoire des métiers** [en ligne]. Adresse URL : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/lexique-des-notions-cles-utilisees.html>

⁶³ Devers G. *Op. Cit.* p. 45.

⁶⁴ HAS, lire partout Haute Autorité de la Santé

⁶⁵ HAS. (page consultée le 21/04/2016) **Guide méthodologique de diffusion des indicateurs** [en ligne]. Adresse URL : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012011/guide_methodologique_diffusion_indicateurs.pdf

⁶⁶ Worms F. *Op. Cit.* p. 28.

évoluons. Oui mais quand la prise en charge d'un patient s'avère difficile pour le soignant ? Existe-t-il des dérives à ce modèle ?

II.4.2 Les difficultés rencontrées

Les trois soignantes que j'ai interrogées m'ont donné une définition semblable de ce que représentait pour elles la responsabilité, à savoir « *Agir en étant conscient du pourquoi et des conséquences de ses actes* », ou bien encore « *savoir ce que l'on fait et pourquoi* ». Puis elles ont évoqué les situations qui, pour elles, étaient difficiles à gérer en lien avec la responsabilité. Il y a tout d'abord la prise en soins simultanée de plusieurs patients notamment aux urgences. Elles évoquent aussi la préparation d'injectables contenant de la morphine, des solutions hypertoniques ou des amines. Elles parlent également de savoir bien reconnaître les signes de gravité précurseurs d'un éventuel état de choc chez les patients. Citons en exemple les hypotensions ou les bradycardies mal tolérées. Enfin, il y a la gestion des prescriptions anticipées dans le cadre de la fin de vie. L'infirmière parle des difficultés pour savoir quand les débiter, savoir juger sans se faire influencer par l'entourage du patient qui peut parfois être trop insistant. Les infirmières ont aussi mis en avant un sentiment de culpabilité lors d'un oubli ou d'une erreur durant leur travail. Ce sentiment de culpabilité qui renvoie à ce que j'ai écrit plus haut concernant la responsabilité morale.

Elles ont également parlé des glissements de tâches. Notamment lors de soins comme par exemple la première pose de sonde urinaire chez un homme, celle-ci devant normalement être effectuée par un médecin. Plus globalement, je peux inclure les actes effectués en dehors de notre domaine de compétence tel que la distribution d'un antalgique sans ordonnance préalable par exemple.

De mes lectures et de mon expérience professionnelle, je rajouterai comme situations difficiles celles où les patients refusent les soins ou sont dans l'incapacité d'exprimer leurs souhaits⁶⁷. Je fais aussi le parallèle avec l'UE 1.3 du semestre 4 « Législation, éthique et déontologie »⁶⁸, les situations qui questionnent le sens du soin telles que les situations de fin de vie et l'acharnement thérapeutique. Celles-ci obligent le soignant à se positionner.

⁶⁷ Peyré A. « **Refus de soins d'hygiène et responsabilité soignante** ». in La revue de l'infirmière, Mars 2013, N° 139. p. 32.

⁶⁸ Profession Infirmier. **Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession**. Éditions Berger-Levrault, à jour le 01/08/2013, p 67.

II.4.3 Les impacts

A l'aune de ce long inventaire il apparait que le terme de responsabilité trouve écho tant auprès du soignant, que du patient et de l'équipe.

Pour le patient tout d'abord. Anne Peyré écrit que : « *le soignant, peu à peu, développe un sentiment accru de responsabilité vis-à-vis d'autrui, du patient et donc de la personne vulnérable en face de lui* »⁶⁹. Ce sentiment de responsabilité quand il est surinvesti peut entraîner des débordements notamment pour les patients dont les capacités cognitives sont altérées. Le soignant pourra se sentir dans l'obligation de choisir pour le patient, « *choix des vêtements, des menus, de l'heure du coucher, etc. jusqu'à une déshumanisation du soigné.* »⁷⁰.

Concernant les soignants, deux éléments importants se dégagent. L'un de ceux-ci est évoqué par les infirmières interrogées. Elles m'indiquent que ces situations les mènent à se sentir stressées. Attardons nous sur cette notion de stress. Le stress et plus précisément le stress des soignants est pour Schaufeli et Enzmann : « *un état transitoire de désadaptation fonctionnelle se manifestant à court ou moyen terme, dont les symptômes psychiques, physiologique et comportementaux manifestent une tentative d'adaptation non encore réussie.* »⁷¹. Quand le soignant est stressé, il tente de s'adapter à la situation par des adaptations peu efficaces. Il peut devenir tour à tour agressif, cynique, autoritaire, incapable de se concentrer. Les symptômes physiologiques sont par exemple une oppression thoracique, des troubles du transit, des palpitations ou bien encore des bégaiements. J'apprends ensuite que : « *les facteurs de stress sont plus souvent éprouvés comme tels par les professionnels impliqués directement dans les soins aux patients et ayant un haut niveau de responsabilité.* »⁷². Ce qui est appuyé par Marc Lorient⁷³ : « *En raison des responsabilités, du contact avec la souffrance, la mort et la saleté et d'une pratique professionnelle qui s'appuie sur des compétences difficiles à objectiver, l'activité infirmière est généralement perçue comme stressante et fatigante.* »⁷⁴. La responsabilité des infirmier(e)s est donc inductrice d'un stress important.

⁶⁹ Peyré A. *Op. Cit.* p. 34.

⁷⁰ *Loc. Cit.*

⁷¹ Schaufeli et Enzmann, cités par Liénard A., Merckaert I., Delvaux N. et Razavi D. « **Stress et burnout des soignants** ». 2008. p. 279.

⁷² *Ibid.* p. 280

⁷³ Lorient M. est chercheur au Centre National de la Recherche Scientifique

⁷⁴ Lorient M., « **La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière** ». in Prévenir, 2001, N° 40. p. 1.

Mes recherches sur le stress et la responsabilité m'amènent à explorer le concept du burnout. Selon Véronique Haberey-Knuessi il s'agit d'« *une usure professionnelle engendrée par un stress chronique dont les sources sont multiples. Il se caractérise par un épuisement des ressources psychiques, mais également émotionnelles et mentales.* »⁷⁵. Plusieurs théories tentent de comprendre l'origine de cette maladie. Je retiendrais celle de Maslach et Jackson. Il s'agit d'un lien entre trois dimensions présentes dans les métiers des soins. Il y a la dimension émotionnelle, relationnelle et l'accomplissement personnel. Face à un stress répété le soignant va tenter de s'adapter avec des stratégies d'adaptation qui se révéleront inefficaces. Ainsi le soignant va devenir dans l'impossibilité de donner à l'autre, il va avoir une attitude négative avec ses collègues ou les patients et enfin comme il n'aura plus le sentiment d'accomplissement personnel il se dévalorisera⁷⁶. Des facteurs associés existent, ils concernent l'environnement professionnel des soignants tels que la charge de travail, les difficultés administratives, la crainte d'une erreur thérapeutique. Le burnout produit a ainsi des conséquences à la fois sur le plan institutionnel et personnel. Institutionnel car il est à l'origine d'une hausse de l'absentéisme, d'erreurs professionnelles ou au contraire d'un « sur-présentisme ». Sur le plan personnel le soignant pourra ressentir une fatigue extrême avec une labilité émotionnelle difficile à contrôler, il sera en incapacité d'entrer en relation avec un patient. Il pourra aussi développer une addiction à certaines substances.

L'analyse ci-dessus me conduit à ce passage d'un article portant sur les émotions :

« L'enjeu est alors une responsabilité de soi, une invitation à prendre soin à son tour de son propre équilibre affectif, autant par respect de sa personne que pour tenir durablement dans son engagement professionnel. Il s'agit d'une responsabilité collective pour l'équipe soignante »⁷⁷

Une autre répercussion de la responsabilité dans le prendre soin est la mis en danger de l'infirmière lorsque celle-ci exécute un soin en dehors de son champ de compétence. Un

⁷⁵ Haberey-Knuessi N., **Les concepts en sciences infirmières, 2ème édition : Burnout**. Lyon : Mallet conseil, 2012. p. 102.

⁷⁶ Schaufeli et Enzmann, cités par Liénard A., Merckaert I., Delvaux N. et Razavi D. *Loc. Cit.* 2008. p. 285.

⁷⁷ Bourdeaut F., « **Les émotions dans la relation de soin : des racines de leur expression aux enjeux de leur répression** ». in *Ethique et santé*, 2006, N° 2. p. 136.

article⁷⁸ de la revue Actus Soins indique qu'il s'agit d'une pratique courante mais dangereuse pour les infirmier(e)s. Dangereuse car ils(elles) risquent gros. Je fais le lien avec la responsabilité juridique évoquée ci-dessus. Le fait d'effectuer un acte réservé au médecin ou bien encore d'agir sans prescription est apparenté à un exercice illégal de la médecine tout comme l'indique l'article L. 4161-1 du code de la santé publique :

« Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin »⁷⁹

Le dernier alinéa de l'article précise cependant que : *« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes, ni aux infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades »⁸⁰*. Ainsi les infirmier(e)s sont autorisé(e)s à intervenir comme aide du médecin pour certains actes mais ils ne sont pas admis à les réaliser. Dans le cas contraire, la peine encourue est de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000€ d'amende associée ou non à une interdiction d'exercer la profession d'infirmier.

Enfin, pour l'équipe, la responsabilité soignante peut être génératrice de tension notamment pour les situations dont le sens du soin questionne les soignants. Je pense aux extraits du film *« les yeux ouverts »⁸¹*, quand les soignants ne sont pas tous d'accord entre eux sur la prise en charge à adopter pour un patient en situation de fin de vie. Et c'est là, une confrontation entre les responsabilités morales de chacun qui s'expriment dans le sens où nous n'avons pas tous le même niveau d'engagement.

⁷⁸ ActusSoins. (page consultée le 21/04/2016) **Glissement de tâche, une réalité cachée** [en ligne]. Adresse URL : <http://www.actussoins.com/7675/glisement-de-taches-realite-cachee.html>

⁷⁹ Article L4161-1 du code de la santé publique, relatif à l'exercice illégal de la médecine.

⁸⁰ *Loc. Cit.*

⁸¹ Chaudier F. **Les yeux ouverts**. Paris : Flair Films, 2010. [DVD] (93 mn.).

Bien entendu cette liste n'est pas exhaustive mais tout ceci démontre que la responsabilité a un impact dans le prendre soin. Sous le terme d'impact j'entends, bien sûr, la définition donnée par le Larousse : « *Effet produit par quelque chose ; contrecoup, influence* ». La responsabilité a donc une incidence sur le prendre soin. Nous venons d'en décrire les difficultés, mais ces dernières sont les contreparties d'une prise en charge de qualité pour le patient. Il est naturel d'évoquer ces difficultés qui montre que les soignants sont investis dans leur rôle et ne se contentent pas d'effectuer une suite de tâches sans y donner un sens.

II.5 Synthèse et question de recherche

Afin d'apporter des éléments de réponse à ma question de départ, j'ai choisi de confronter la responsabilité soignante et le prendre soin au travers de lectures ainsi que des témoignages. Des éléments positifs en ressortent tels que l'autonomie du soignant, la valorisation et la reconnaissance de compétences mais aussi une garantie pour le « soigné » d'un soin de qualité. À l'inverse j'observe un pan que je qualifierai de négatif : le stress, le burnout, le glissement de tâches ainsi que le positionnement sur les questions difficiles.

Ainsi la recherche conceptuelle, les entretiens m'ont permis d'apporter des réponses à mes questions mais également de soulever d'autres problématiques suivant la nature de ces impacts. De tous ces impacts un seul sera développé dans ce mémoire. Il s'agit d'une pratique que j'ai moi-même rencontré et exercé durant ma formation. Si j'ai souhaité la développer c'est avant tout pour faire évoluer ma pratique et trouver des éléments de réponse. Il s'agit des actes effectués en dehors du cadre réglementaire. La question de recherche sera donc la suivante :

En quoi, malgré la connaissance de leur responsabilité, les infirmier(e)s dérogent-ils (elles) à leur exercice pour prendre soin ?

Phase de recherche

III. Phase de recherche

III.1 Choix de la méthode de recherche

J'ai choisi de travailler sur le thème de la responsabilité infirmière. A l'aide de mes lectures ainsi que de mes entretiens exploratoires j'ai pu affiner mon thème de départ pour aboutir à une question de recherche : En quoi, malgré la connaissance de leurs responsabilités, les infirmier(e)s dérogent-ils (elles) à leur exercice pour prendre soin ?

Au regard des apports théoriques de l'unité d'enseignement 3.4 « initiation à la démarche de recherche », la question de recherche répond à une démarche empirico-inductive. Il s'agit donc d'obtenir un début de réponse à la question posée⁸². En effet, je cherche à travers cette question, à comprendre un phénomène. Mais alors quels outils utiliser ? D'un commun accord avec mon guidant, le choix s'est porté sur des entretiens semi-directifs. Cette méthode va me permettre de recueillir les propos des personnes interviewées mais également « *de les laisser aborder des points non prévus* »⁸³, tout cela dans le but d'en faire une analyse. Je pourrai donc à travers cette méthode garder le contrôle de l'entretien tout en laissant suffisamment de liberté à la personne interviewée.

Toujours à l'aide de mon guidant, j'ai choisi de réaliser trois entretiens auprès d'infirmières ayant plusieurs années de pratiques. Il s'agit d'un élément important à prendre en compte puisque cela me donne une variable fixe pour mes entretiens.

Il y a tout d'abord Mme A., infirmière avec dix ans d'expérience actuellement en chirurgie ambulatoire qui était auparavant en chirurgie urologique. Puis Mme B., infirmière en réanimation avec quatorze ans d'expérience dans ce service et Mme C. en poste dans un EHPAD. Ces soignants sont bien sûr différents de ceux rencontrés pour mes entretiens exploratoires.

La construction de la grille d'entretien

Elle est basée sur deux questions principales. A savoir :

- Avez-vous déjà dérogé à l'exercice soignant pour prendre soin ?
- Dans quelles conditions ?

⁸² Cotel A. Cours **Le processus de recherche** promotion 2013-2016. La Roche-sur-Yon : IFPS, 2014.

⁸³ Frappier L. & Bonnet B. Cours **Les outils d'enquêtes : les entretiens** promotion 2013-2016. La Roche-sur-Yon : IFPS, 2015

Je dois être très attentif à leur discours pour pouvoir pousser au plus loin leur réflexion.

Pour ce qui est des entretiens, ceux-ci se sont déroulés dans des lieux et des temporalités différentes. Pour la première infirmière, celle-ci travaillait dans le service où je faisais mon stage. Nous avons profité d'un moment de pause pour réaliser l'entretien. La deuxième infirmière a accepté de me recevoir à son domicile en dehors de son temps de travail. La troisième infirmière m'a reçu sur son lieu de travail après ses transmissions.

III.2 Analyse des entretiens de recherche

III.2.1 Méthode d'analyse des entretiens

Pour réaliser l'analyse de mes entretiens, je me suis inspiré d'un écrit sur l'analyse de contenu⁸⁴. Je me suis donc attaché à sélectionner les idées exprimées par les différentes soignantes pour les mettre sous forme de mots-clés. Puis j'ai regroupé ces mots-clés afin de former des thèmes communs. Ainsi cinq thèmes se sont dégagés de mon analyse : le vécu personnel des soignantes, l'expérience, les conditions et les intentions, les éléments qui permettent une meilleure appréhension, la protection.

III.2.2 Le vécu personnel des soignantes

Durant ces entretiens les points de vue m'ont paru unanimes concernant la question des actes effectués en dehors des champs de compétences.

Mme A. dit en parlant de médicament antalgique « *Effectivement ça m'est déjà arrivée d'en donner sans forcément préalablement avoir la prescription médicale, oui ça m'est déjà arrivé* »⁸⁵ et parle même de « *il n'y avait pas eu de bilan de contrôle prescrit et de mon propre chef en fait, euh, lors d'un bilan, ben, le matin, en fait, euh, ... j'ai rajouté une numération pour avoir en plus, euh, le contrôle en fait, euh, de l'hémoglobine du jour* »⁸⁶.

Tout comme Mme B. qui évoque « *Après on sait aussi en connaissance de cause que l'on dépasse nos compétences, enfin, ça c'est enfin je connais pas une infirmière qui*

⁸⁴ Cotel A. Cours **L'analyse de contenu** promotion 2013-2016. La Roche-sur-Yon : IFPS, 2014.

⁸⁵ cf. Annexe IV

⁸⁶ cf. Annexe IV

n'ait pas pleinement conscience que, oui, le premier sondage chez un homme doit être fait par un médecin»⁸⁷. Enfin Mme C. évoque également la notion de conscience.

C'est ainsi que je peux faire le lien avec le concept de responsabilité étudié précédemment pour lequel la conscience faisait partie des attributs.

Cependant le fait d'évoquer cette problématique au travers d'un entretien montre qu'il y a des ressentis différents. Le discours de Mme A est ponctué de « *ehh* » au début de l'entretien notamment lorsque je lui demande si elle a déjà dérogé à son exercice. Ces interjections diminuent au fil des questions, mais cela pourrait signifier une certaine gêne à l'évocation de ce sujet.

Mme C va même plus loin en me disant « *Alors, euh, c'est un peu délicat ce que vous me demandez* »⁸⁸ en réponse à ma question « *est-ce que durant votre travail vous avez déjà dérogé à votre exercice* »⁸⁹. Elle s'exprimera cependant lors de la suite de l'entretien « *Euh par contre si il faut lui donner un antalgique ou un antibiotique voilà parce que en ce moment il y a une épidémie de bronchite. Il y a voilà, c'est, hein, c'est bah, oui on le fait* »⁹⁰.

Mme B est plus directe, dès le début de l'entretien elle commence par « *Alors on passe notre temps à déroger. On passe clairement notre temps à déroger parce qu'il y a des actes qui ne sont jamais faits par les médecins* »⁹¹.

Ainsi malgré une conscience collective partagée quand le soignant est amené à déroger, l'expression de cette pratique n'est pas vécue de la même manière.

III.2.3 Les conditions et les intentions

Durant les entretiens les infirmières se sont exprimées également sur ce qui relève des conditions, qu'est-ce qu'il faisait qu'à un moment donné elles dérogeaient de leur exercice. Pour Mme A et Mme C il s'agit tout d'abord de la difficulté d'avoir un médecin présent dans le service en permanence. Mme C dit même « *par moment les médecins sont pas forcément tout le temps présent quand on a besoin qu'ils soient présents* »⁹². Enfin Mme

⁸⁷ cf. Annexe V

⁸⁸ cf. Annexe VI

⁸⁹ cf. Annexe VI

⁹⁰ cf. Annexe VI

⁹¹ cf. Annexe V

⁹² cf. Annexe VI

B parle aussi de geste technique que l'infirmière effectue mieux que le médecin pourtant seul habilité à le faire. A plusieurs reprises durant l'entretien en parlant du premier sondage urinaire chez un homme elle dit : « *je pense que pour le coup on est beaucoup plus douées qu'eux pour ça* »⁹³. Ce qu'elle explique par le fait que les médecins ne pratiquent pas assez cet acte: « *Après, entre un médecin qui n'en a pas posé depuis 10 ans et une infirmière qui en pose une à deux par semaine. Lequel est le plus qualifié pour pouvoir poser une sonde urinaire* »⁹⁴, « *je pense que sur tous les médecins qu'on a, ils ont du poser cinq ou six sondes urinaires et puis voilà quoi* »⁹⁵.

Durant les entretiens les infirmières cite aussi des conditions que je qualifierai plus d'intention. Il y a tout d'abord celle du gain de temps comme le dit Mme A qui choisit de prélever des tubes supplémentaires non prescrits pour gagner du temps sur la prise en charge « *je l'ai faite euh avant la visite pour avoir les résultats et pour pouvoir gagner du temps sur le traitement en conséquence* »⁹⁶. Ce qui est corroboré par Mme B qui parle aussi de « *il faut qu'il y ait des choses qui soient faites très très vite pour que l'on ait les résultats très très vite* »⁹⁷.

Mais le maître mot qui est revenu dans deux entretiens sur trois est celui de l'anticipation. Anticiper les gestes, anticiper les traitements, connaître la prise en charge d'un patient venu pour telle ou telle raison. Mme A dira : « *c'était plutôt dans le prendre soin dans l'anticipation de euh d'une éventuelle transfusion que j'ai anticipé* »⁹⁸, ce qui sera repris par Mme B à travers : « *Alors après c'est de l'anticipation je sais pas si ça a grand-chose à voir avec de la responsabilité mais implicitement voilà quand on sait qu'on va intuber un patient en prescription orale on aura déjà nous mis les deux médicaments qui nous servent à intuber les gens avec le dosage parce que on sait déjà en fonction du poids ce que les médecins vont nous demander* ». Cela se traduit par des prises d'initiative que Mme B appelle tout d'abord sous le terme de largesse « *je m'autorise et je pense comme beaucoup d'anciens à prendre des largesses sur certaines choses* »⁹⁹ qu'elle traduira par la suite sous le terme de prises d'initiatives, « *c'est vrai qu'on s'autorise une prise d'initiative sur tel ou tel*

⁹³ cf. Annexe V

⁹⁴ cf. Annexe V

⁹⁵ cf. Annexe V

⁹⁶ cf. Annexe IV

⁹⁷ cf. Annexe V

⁹⁸ cf. Annexe IV

⁹⁹ cf. Annexe V

pathologie »¹⁰⁰. Mme C émettra également cette hypothèse « *Et quand on a un peu d'expérience et de maturité on a on hésite moins peut être et puis on a peut être plus de facilité pour évaluer une situation et peut être qu'on a moins peur de prendre certaines initiatives* »¹⁰¹.

Enfin la dernière intention, fait le lien avec le concept de prendre soin énoncé plus haut. Mme A dit même « *toujours en vue de soulager le patient. Prendre soin du patient.* »¹⁰², Mme C parle de la contention comme une sécurité du patient. Mme B parle elle de « *Après bénéfique risque pour le patient surtout si il a un globe, ben il faut qu'on lève le globe le plus vite possible parce qu'il est pas bien, il a mal* »¹⁰³. Il est possible de faire le lien avec la responsabilité morale et le concept de prendre soin.

III.2.4 Les éléments qui permettent de mieux appréhender

Mais alors qu'est-ce qui permet ces prises d'initiatives chez le soignant. Pour les professionnelles interrogées, c'est en lien avec l'expérience, comme dit Mme A « *alors peut être effectivement avec l'expérience ça permet d'anticiper* »¹⁰⁴, elle finit par faire la comparaison entre une infirmière qui a de l'expérience et une jeune diplômée « *C'est-à-dire que avec l'expérience on sait que l'on va commencer par tel antalgique et puis après que l'on va continuer avec un autre tandis que jeune diplômé tu es quand même un peu moins à l'aise avec tous les traitements au départ.* »¹⁰⁵.

Mme B en parlant de ses largesses évoque également la différence entre elle et les jeunes diplômées « *moi j'ai 14 ans derrière donc euh je m'autorise et je pense comme beaucoup d'anciens à prendre des largesses sur certaines choses mais après je suis pleinement consciente de ça aussi et je sais comment me protéger aussi. Et c'est l'inconvénient des jeunes diplômés c'est qu'il y a plein de choses qu'ils ont pas la notion* »¹⁰⁶. Mme B dit même, « *On se trompe pas souvent* »¹⁰⁷ mais ajoute par la suite « *il y a des choses qu'on va faire parce qu'on sait qu'on peut. D'autre ben il va falloir être hyper*

¹⁰⁰ cf. Annexe V

¹⁰¹ cf. Annexe VI

¹⁰² cf. Annexe IV

¹⁰³ cf. Annexe V

¹⁰⁴ cf. Annexe IV

¹⁰⁵ cf. Annexe V

¹⁰⁶ cf. Annexe V

¹⁰⁷ cf. Annexe V

vigilant »¹⁰⁸. Mme C évoque « *Euh on s'adapte donc par contre euh bon il faut quand même avoir un peu de discernement et pas faire n'importe quoi bien sûr* »¹⁰⁹.

Mme A ajoute même que c'est finalement son expérience qui lui permet de moins déroger à son exercice, car elle anticipe tellement qu'elle demande au médecin avant d'avoir besoin : « ***Je dirai que c'est pas avec l'expérience que j'me dis j'anticipe plus sans prescription. Au contraire j'anticipe plus dans ma démarche de demander au médecin qu'il faut éventuellement prescrire cela*** »¹¹⁰.

La relation de confiance revient aussi durant les entretiens, Mme B dira par 2 fois « *Donc après il y a aussi une histoire de confiance avec le médecin avec qui tu travailles puisque si t'as pas confiance, il y a de choses que tu vas pas faire. Après forcément on sait qu'on a confiance et qu'il le prescrira après et qu'on aura plus qu'à valider ce qu'on a fait* »¹¹¹, « *les médecins auront plus confiance dans les vieilles infirmières comme moi que dans des p'tites jeunes qui arrivent* »¹¹². Sans évoquer directement ce lien de confiance Mme C parle de « *Faut aussi avertir la famille, faut travailler avec les familles aussi* »¹¹³, « *Et au final c'est de toujours avoir l'adhésion car ce que je veux dire on est un peu le lien entre la famille, le résident le médecin donc on a un rôle de coordination de liaison d'intermédiaire, ben c'est important d'avoir l'adhésion de tout le monde pour pouvoir faire quelque chose* »¹¹⁴.

III.2.5 Les éléments qui protègent

Le dernier thème qui ressortait de ces entretiens est celui des éléments apportant une protection au soignant. C'est un élément repris par Mme B qu'elle entend par « *Nous on apprend beaucoup à nos jeunes diplômés de verrouiller. C'est-à-dire quoi qu'ils fassent de le noter* »¹¹⁵ puis par « *Mais je mets toujours un petit commentaire en plus pour me protéger* »¹¹⁶. Mme C parle également de se protéger en « *Faut se protéger quand même.*

¹⁰⁸ cf. Annexe V

¹⁰⁹ cf. Annexe VI

¹¹⁰ cf. Annexe IV

¹¹¹ cf. Annexe V

¹¹² cf. Annexe V

¹¹³ cf. Annexe VI

¹¹⁴ cf. Annexe VI

¹¹⁵ cf. Annexe V

¹¹⁶ cf. Annexe V

Voilà c'est ..., je pense qu'il faut en avoir conscience qu'il faut se protéger. C'est pour cela que je note tout ce que je fais»¹¹⁷.

On trouve aussi la mise en place des protocoles, qui permettent aux soignants de réaliser des actes sans avoir besoin d'en référer obligatoirement au médecin, tout du moins d'avoir une prescription médicale à chaque fois. Mme C dit à ce propos : « Alors on a des protocoles quand même. Pour justement avec ces protocoles qui ont été validés par des médecins, donc ça nous permet quand même de prendre voilà de faire des choses en toute quiétude parce qu'on a le protocole qui a été validé par le médecin coordonnateur »¹¹⁸. Pour Mme A c'est les prescriptions anticipées via le logiciel informatique qui permettent de répondre à ce besoin de protection juridique « on a maintenant un logiciel informatisé ce qui fait que l'on a des prescriptions par anticipation par exemple selon la douleur, selon la constipation donc maintenant euh on a toujours les prescriptions au cas où »¹¹⁹.

III.3 Éclairage conceptuel

III.3.1 Expérience et expertise

Le dictionnaire Larousse donne la définition suivante de l'expérience : « *Pratique de quelque chose, de quelqu'un, épreuve de quelque chose, dont découle une connaissance, un savoir, une habitude ; connaissance tiré de cette pratique.* »¹²⁰.

Patricia Brenner¹²¹ dans son ouvrage « De novice à expert », décrit l'expérience infirmière à travers la compétence. Les infirmières ont des compétences mais ces compétences sont exploitées avec différents niveaux de maîtrise. P. Brenner a établi grâce au modèle Dreyfus¹²² cinq stades¹²³ auxquels se trouvent les infirmières depuis leur entrée dans la formation jusqu'à un niveau qu'elle va qualifier d'excellence :

- Stade 1 → Novice : Ces infirmières ne sont pas expérimentées. Elles ont acquis un bagage de connaissances théoriques mais ont des difficultés pour faire le lien

¹¹⁷ cf. Annexe VI

¹¹⁸ cf. Annexe VI

¹¹⁹ cf. Annexe IV

¹²⁰ Larousse *Op. Cit.*

¹²¹ Brenner P. **De novice à l'expert, l'excellence en soins infirmiers**. Issy-les-moulineaux : Masson, 1995. 253 p.

¹²² Stuart Dreyfus (mathématicien et analyste des systèmes) et Hubert Dreyfus (Philosophe) ont mis au point un modèle d'acquisition des compétences

¹²³ Brenner P. *Op. Cit.* p. 23.

avec les situations rencontrées dans les services. Elles possèdent des outils qui leur permettent de travailler mais ne savent pas encore prioriser les actes en fonction de l'utilité. On retrouve à ce stade toutes les étudiantes en soins infirmiers ainsi que les infirmières plus expérimentées intégrant un nouveau service.

- Stade 2 → Débutante : Ici, les infirmières commencent à acquérir de l'expérience et arrivent à rassembler des facteurs inhérents aux situations en rapport avec leurs expériences antérieures.
- Stade 3 → Compétente : L'infirmière travaille dans un service depuis plus de deux ans et a acquis une vision plus globale des prises en charge. Elle a le sentiment de maîtriser les choses et d'être capable de maîtriser les situations imprévues.
- Stade 4 → Performante : « L'infirmière performante apprend par l'expérience quels événements typiques risquent d'arriver dans une situation donnée et comment il faut modifier ce qui a été prévu »¹²⁴. Elle arrive à partir de ses expériences vécues auparavant à gérer des situations complexes (par exemple le sevrage d'un patient sous respirateur) sans toujours en référer au médecin.
- Stade 5 → Experte : Elle a emmagasinée un grand nombre de situations. Elles ont acquis une capacité d'analyse très développée et se détache par moment des outils d'analyse pour se fier à leur propre interprétation de la situation. Quand on les interroge elles parlent de ressenti, d'intuition. Elles arrivent à détecter précocement un changement clinique du patient avant que celui-ci ne s'aggrave.

Ainsi les infirmières interrogées dans le cadre de mon travail de recherche appartiennent à un niveau de performante voire d'experte. Cela permet d'apporter un élément de compréhension de la phase d'analyse. Une infirmière expérimentée anticipe beaucoup les soins au cours d'une prise en charge d'un patient. C'est ce que l'on peut observer chez Mme A, qui rajoute des éléments au bilan sanguin de prescrit ou bien encore Mme B qui dit préparer le plateau d'intubation contenant le matériel et les médicaments à injecter. L'expérience aide et permet de gérer des situations complexes.

¹²⁴*Ibid.* p. 29

III.3.2 Relation de confiance

La notion de relation de confiance est ici employée dans le cadre du travail en équipe et notamment du travail avec le médecin. Mais il faut noter que la relation de confiance est avant tout utilisée pour parler de la relation soignant/soigné.

Le Larousse donne la définition suivante de la relation : « *Personne que l'on connaît avec laquelle on a des rapports mondains, professionnels, etc.* »¹²⁵. Il donne également la définition de ce qu'est la confiance : « *Sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose.* »¹²⁶.

La relation de confiance doit se définir comme le fait de se fier entièrement à une personne que l'on connaît. Dans le cadre de ce mémoire je retiens que la relation de confiance qu'un médecin peut établir ne se fera que s'il connaît l'infirmier avec lequel il travaille. C'est ce que Lynne Zucker appelle la confiance relationnelle¹²⁷. Selon elle, la relation de confiance « *repose sur des échanges entre collègues afin de tisser des liens, de s'engager ensemble dans une production commune...* »¹²⁸.

Alain Duluc dresse les éléments qui favorisent la relation de confiance selon trois niveaux¹²⁹ :

- Les leviers organisationnels : la reconnaissance, la participation, **la responsabilisation**, l'humanisme, la récompense, la transparence.
- Les leviers relationnels : l'amabilité, la coopération, la maturité, l'honnêteté, la valorisation, le dynamisme.
- Les leviers personnels : la sympathie, **la compétence professionnelle**, la présence, la détermination personnelle, l'importance, **la conscience de soi**.

Les éléments portés en caractères gras sont ceux qui ont été précédemment évoqués dans le cadre de ce mémoire. Cela met ainsi en évidence une imbrication complexe de tous ces concepts, chacun étant relié à l'autre par ce que j'appellerai une interdépendance commune.

¹²⁵ Larousse *Op. Cit.*

¹²⁶ *Ibid.*

¹²⁷ Michon F. « **La confiance, un levier de la qualité des soins** ». in Soins, Octobre 2013, N°779. p.

37

¹²⁸ *Loc. Cit.*

¹²⁹ *Loc. Cit.*

III.4 Synthèse

Reprenons ma question de recherche: « En quoi, malgré la connaissance de leur responsabilité, les infirmier(e)s dérogent-ils (elles) à leur exercice pour prendre soin ? ».

La réalisation de trois entretiens auprès d'infirmières diplômées d'état m'a permis de dégager quatre thèmes en lien avec cette question de recherche.

J'ai ainsi développé le vécu personnel des soignants, les conditions et les intentions, les éléments qui facilitent l'appréhension, les éléments qui protègent.

Concernant le vécu personnel des soignants, il apparaît que ceux-ci ont tous conscience de réaliser par moment des actes sans avoir au préalable une ordonnance médicale. Cependant le ressenti est différents entre les soignants. Certains n'osent pas l'avouer, d'autres le font à demi-mot, d'autres au contraire ne s'en cachent pas.

Les conditions faisaient référence aux conditions de travail du soignant. Il est ainsi apparu que la disponibilité du médecin était questionnée dans le sens où ceux-ci ne sont pas toujours disponibles lorsqu'il y a un besoin. La maîtrise de certains actes techniques a été abordée. Certain(e)s infirmier(e)s seraient plus compétents pour les réaliser que les médecins car ils(elles) pratiquent plus. Pour les intentions, j'ai relevé tout d'abord un désir de gagner du temps dans la prise en soins du patient. Ensuite j'ai retrouvé une capacité à anticiper les soins et également une volonté de prendre soin du patient.

À propos des éléments qui permettent de mieux appréhender cette dérogation, l'expérience est le concept qui est revenu durant ces trois entretiens. L'expérience étant définie par la connaissance issue d'une pratique sur une longue période. A noter que comme le dit une infirmière, l'expérience n'aide pas forcément à favoriser la dérogation mais à anticiper les soins pour éviter de déroger. Enfin, la relation de confiance avec le corps médical est une aide, dans le sens où le soignant se sent soutenue par le médecin qui validera par la suite le geste ou la prescription.

Enfin, les éléments qui protègent, sont les actions mises en place pour protéger d'un point de vue juridique le soignant. Les transmissions écrites sont importante car elles font offices de preuve dans le cas où une action en justice serait intentée. Il est important de tracer le moindre appel, la moindre conversation dans le cadre notamment d'une prescription

orale. Pour finir les protocoles mis en place dans certains établissements aident les soignants dans leur exercice car ils peuvent administrer un médicament sous certaines conditions en l'absence d'un médecin.

Je souhaiterais également évoquer dans cette synthèse, une discussion que j'ai pu avoir avec Monsieur Gille Devers quand je lui ai soumis l'objet de mon mémoire et ma question de recherche. Selon lui, les glissements de tâche sont quasi quotidiens pour le soignant et les tribunaux sont indulgents en ce qui concerne cette pratique. En effet, l'action en justice n'est intentée que lorsqu'il y a un dommage pour le patient. Les cas sont donc très rares et il n'y a pas toujours de reconnaissance de responsabilité car le tribunal part du principe que le geste, même réalisé par le médecin aurait eu le même effet. Reste la responsabilité disciplinaire, mais il n'existe aucune donnée.

CONCLUSION

CONCLUSION

J'étais loin de m'imaginer au départ de ce travail que celui-ci me conduirait à poser cette question de recherche. La remise en question a été un point fort de ce travail, ce qui m'a amené à pousser ma réflexion au-delà de ce dont je me sentais capable. Mes lectures ainsi que de nombreux échanges avec des personnes clefs m'ont permis de comprendre, d'analyser la responsabilité de l'infirmier dans le prendre soin. Cependant en poussant plus loin ma démarche réflexive j'ai pu comprendre l'intérêt que représente la recherche pour éviter de tomber dans des représentations ou des idées préconçues.

A partir de mon thème initial qui est la responsabilité infirmière, je me suis aperçu qu'une multitude de questionnement était possible. Mes lectures et mes interrogations préalables m'ont invité à confronter deux de mes valeurs qui forgent ma conception du soin à savoir la responsabilité et le prendre soin. Des éléments positifs s'en dégagent bien entendu mais j'ai souhaité mettre l'accent sur les difficultés rencontrées et ce que cela engendrait chez le soignant, le patient ou l'équipe de soins. Par la suite j'ai fait le choix d'orienter ma question de recherche sur une de ces difficultés. J'ai pu ainsi comprendre le rôle prépondérant de l'expérience et de la relation de confiance dans la pratique infirmière.

Cependant, loin de vouloir apporter de la légitimité à cette pratique, je m'interroge sur un possible transfert de compétences à effectuer afin d'éviter aux soignants de rester dans ce flou législatif et moral. Un début de réponse pourrait être apporté par la mise en place de la pratique avancée chez l'infirmière. *« L'infirmière qui exerce en pratique avancée est une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer »* (Conseil International des infirmières, 2008).

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- Profession Infirmier. *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession*. Éditions Berger-Levrault, à jour le 01/08/2013. 205 p.

DICTIONNAIRES, ENCYCLOPÉDIES

- Paillard C. *Dictionnaire humaniste infirmier*. Noisy le grand : Setes, 2013. 356 p.
- Blay M. *Dictionnaire des concepts philosophiques*. Paris : CNRS édition, 2006. 879 p.
- Formarier M., Jovic L., *Les concepts en sciences infirmières, 2ème édition*. Lyon : Mallet conseil, 2012. 328 p.

LIVRES

- Hesbeen W. *Prendre soins à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1997. 195 p.
- Bioy A. & Fouque D. *Manuel de psychologie du soin*. Paris : Bréal, 2002. 317 p.
- Brenner P. *De novice à l'expert, l'excellence en soins infirmiers*. Issy-les-moulineaux : Masson, 1995. 253 p.
- Devers G. *Droit, responsabilité et pratique du soin*. Ruel-malmaison : Lamarre, 2007. 400 p.
- Devers G. *Lettre d'un avocat à une amie infirmière*. Ruel-malmaison : Lamarre, 2003. 79 p.

ARTICLES DE REVUES

- Muller A. « *Du métier à la profession infirmière* ». in *Savoir et Soins Infirmiers*, Aout 2014, N°3. pp 1-11.
- Rioufol M. « *De la délégation à la collaboration* ». in *Soins Aides-soignantes*, Décembre 2004, N°1. pp 15-16.
- Caumes G. « *La responsabilité civile et pénale de l'infirmier* ». in *La revue de l'infirmière*, Juin-Juillet 2012, N°182. pp 26-27.
- Aveline L. « *La responsabilité pénale* ». in *L'infirmière magazine*, Décembre 2008, N°244. pp 24.

- Venchiarutti L. & Chevillotte J. « **La responsabilité de l'infirmier** ». in La revue de l'infirmière, janvier-Février 2008, N°137. pp 31-33.
- Liefgen MF. « **Responsabilité infirmière ?!** ». in Krankenpflege, Avril 2004, N°235. pp 30-32.
- Didier C. « **La gestion des risques en formation initiale, engagement et responsabilité** ». in Soins, Juin 2010, N°746. pp 58.
- Devers G. « **Responsabilité : un mot pour plusieurs significations** ». in Objectif soins et management, Avril 2015, N°235. pp 15-18.
- Bombail M. « **Transfert de compétences et évolution de la profession** ». in La revue de l'infirmière, Avril 2008, N°139. pp 27.
- Ponte C. « **La responsabilité des soignants** ». in Soins gérontologie, Juillet-Aout 2009, N° 78. pp 43-44.
- Estryn-Behar M. « **Interruptions et abandons dans la formation en soins infirmiers en île-de-France** ». in Soins Cadre, Février 2010, N° 73. pp 49-52.
- Schmitt L. « **La responsabilité de l'étudiant en soins infirmiers** ». in La revue de l'infirmière, Juin 2010, N° 161. pp 33-35.
- Peyré A. « **Refus de soins d'hygiène et responsabilité soignante** ». in La revue de l'infirmière, Mars 2013, N° 139. pp 32-34.
- Haroche A. « **Responsabilité et exercice infirmier, quelles nouvelles donnees ?** ». in Soins cadre de santé, N° 67. pp S3.
- Smadja D. « **Engagement et responsabilité** ». in Santé Mentale, Décembre 2006, N° 113. pp 24-27.
- Worms F. « **Le soin à l'origine de la responsabilité** » in Santé Mentale, Décembre 2006, N° 113. pp 28-31.
- Fiat E. « **Les enjeux éthiques de la décision** ». in Santé Mentale, Décembre 2006, N° 113. pp 54-59.
- Liénard A., Merckaert I., Delvaux N. et Razavi D. « **Stress et burnout des soignants** ». 2008. pp 279-293.
- Bourdeaut F., « **Les émotions dans la relation de soin : des racines de leur expression aux enjeux de leur répression** ». in Ethique et santé, 2006, N° 2. pp 133-137.
- Lorient M., « **La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière** ». in Prévenir, 2001, N° 40. pp 1-4.
- Michon F. « **La confiance, un levier de la qualité des soins** ». in Soins, Octobre 2013, N°779. pp 36-37.

- Desserprit G. « **La définition du travail en équipe et de sa dynamique** ». in Soins Cadre, Février 2015, N° 93. pp 61-62

SITES INTERNET

- ActuSoins. (page consultée le 21/04/2016) **L'erreur d'une étudiante infirmière provoque le décès du patient** [en ligne]. Adresse URL : <http://www.actusoins.com/24810/erreur-dune-etudiante-infirmiere-provoque-deces-dun-patient.html>
- Le Figaro. (page consultée le 21/04/2016) **L'erreur d'une infirmière cause le décès d'un enfant** [en ligne]. Adresse URL : <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2008/12/26/01016-20081226ARTFIG00013-l-erreur-d-une-infirmiere-cause-la-mort-d-un-enfant-.php>
- MACSF. (page consultée le 21/04/2016) **Les 3 responsabilités professionnelles de l'infirmière** [en ligne]. Adresse URL : <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Cadre-general/responsabilites-infirmiere>
- HAS. (page consultée le 21/04/2016) **Guide méthodologique de diffusion des indicateurs** [en ligne]. Adresse URL : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201211/guide_methodologique_diffusion_indicateurs.pdf
- IFPS Vendée. (page consultée le 21/04/2016) **Le projet pédagogique** [en ligne]. Adresse URL : http://www.ifps-vendee.fr/sites/ifps-vendee/files/fichiers/Intranet/IFSI/projet_pedagogique_promotion_2013-_2016.pdf
- Réseau de soins palliatifs de l'estuaire de la Loire. (page consultée le 21/04/2016) **La responsabilité soignante** [en ligne]. Adresse URL : respel.org/fileadmin/telechargements/responsabilit__IDE.pdf
- Le répertoire des métiers de la fonction publique infirmière. (page consultée le 21/04/2016) **Lexique des notions clés utilisées dans le répertoire des métiers** [en ligne]. Adresse URL : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/lexique-des-notions-cles-utilisees.html>
- ActuSoins. (page consultée le 21/04/2016) **Glissement de tâche, une réalité cachée** [en ligne]. Adresse URL : <http://www.actusoins.com/7675/glissement-de-taches-realite-cachee.html>
- Larousse. (page consultée le 21/04/2016) **Dictionnaire en ligne** [en ligne]. Adresse URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>

- Ministère de la Santé et des affaires sociales. (page consultée le 21/04/2016) **Charte de la personne hospitalisée** [en ligne]. Adresse URL : https://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf
- L'assurance maladie. (page consultée le 21/04/2016) **Droit de prescription des infirmiers** [en ligne]. Adresse URL : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/droit-de-prescription-des-dispositifs-medicaux/droit-de-prescription-des-infirmiers.php>

DOCUMENTS NON PUBLIES

- Ballet J. Cours **La responsabilité** promotion 2013-2016. La Roche-sur-Yon : IFPS, 2014.
- Cotel A. Cours **Le processus de recherche** promotion 2013-2016. La Roche-sur-Yon : IFPS, 2014.
- Cotel A. Cours **L'analyse de contenu** promotion 2013-2016. La Roche-sur-Yon : IFPS, 2014.
- Frappier L. & Bonnet B. Cours **Les outils d'enquêtes : les entretiens** promotion 2013-2016. La Roche-sur-Yon : IFPS, 2015.
- Lautard V. **Glissement de compétences entre infirmiers et médecins : une insécurité juridique permanente**. Toulouse : Université de Toulouse, 2012.

DOCUMENTS AUDIOVISUELS

- Chaudier F. **Les yeux ouverts**. Paris : Flair Films, 2010. [DVD] (93 mn.).

ANNEXES

Annexe I : Grille d'entretien exploratoire

But de l'entretien :

Cela va me permettre d'avancer dans la construction de la problématique. Mes lectures effectuées font apparaître des concepts que j'ai du mal à confronter à la réalité. Les apports des professionnelles vont me permettre d'obtenir des données supplémentaires et calquées sur la réalité du terrain pour poursuivre mes recherches.

Objectifs de l'entretien :

- Enrichir et appuyer mon questionnement sur des données issues du terrain.
- Aborder des points qui ne sont pas ou peu traités dans les livres.

Organisation des entretiens :

- Appel pour prise de rendez-vous.
- Présentation de l'étudiant en 3^{ème} année.
- Entretiens réalisés dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude
- Explication de la raison de ces entretiens : avoir des nouvelles données pour mon travail de recherche.
- Demander l'autorisation aux professionnels la possibilité d'enregistrer la conversation pour pouvoir me concentrer sur l'entretien et non la prise de note.
- Favoriser la relation de confiance en explicitant la règle de l'anonymat qu'il s'agisse des lieux ou des personnes.

Questions :

Pensez-vous avoir de la responsabilité ?

C'est quoi pour vous la responsabilité ?

Y-a-t-il des situations où cela est difficile ?

Annexe II : Tableau de synthèse des entretiens exploratoires

| | Avez-vous de la responsabilité ? | C'est quoi pour vous « la responsabilité » ? | Y a-t-il des situations où cela est difficile ? | Comment le gérez vous ? | Conseil face à cette responsabilité |
|--|--|--|--|---|---|
| IDE n° 1 (diplômée de 2014- Urgence) | Oui, plus que quand j'étais AS, on a la vie des patients entre nos mains | Etre capable de savoir pourquoi on fait tel chose et ce que cela peut entraîner derrière pour nous et le patient | <ul style="list-style-type: none"> - Responsabilité des patients en charge → prioriser les soins quand plusieurs patients - Les « glissements de tache » via les protocoles (aux urgences, les IDE peuvent prescrire des radios) avec le peu d'expérience ou les premiers sondages urinaires chez un homme | <ul style="list-style-type: none"> - Stress surtout lié avec la charge de travail et sa façon de travailler. - Sentie coupable quand pas bien fait. - En tire des leçons quand erreur - La moindre erreur je me dis que c'est moi (« j'aurais du le détecter ») | <ul style="list-style-type: none"> - Doute → demander, poser des questions - Vigilance - Organisation du W |
| IDE n°2 (diplômée de 2006-Médecine Gastro de nuit) | Oui | Savoir ce qu'on fait et pourquoi Assumer en cas d'erreur et trouver des solutions | <ul style="list-style-type: none"> - Les prescriptions anticipées (« Si besoin ») pour les fins de vie (morphine-hyponovel), quand les débiter, savoir juger sans se faire influencer (entourage patient) | <ul style="list-style-type: none"> - Bien, pas de stress mais avant oui. - Viens avec l'expérience, on reconnaît facilement les signes et on s'adapte | <ul style="list-style-type: none"> - En parler entre IDE - Tout le monde est responsable, on est une équipe - on se rassure en appelant le médecin |
| IDE n° 3 (diplômée de 2015-SSPI) | Oui beaucoup, on a la vie des patients entre nos mains | Agir en étant conscient du pourquoi et des conséquences de ses actes. Ne pas appliquer les choses sans réfléchir | <ul style="list-style-type: none"> - La préparation de seringue de morphine ou de chlorure de Potassium car conséquences irréversibles - Bradycardie/hypotension mal tolérée entraîne un choc → bien interpréter les signes | <ul style="list-style-type: none"> - Stress, (sur vérification/ « paranoïa »). - Peur de se tromper. - Pas à l'aise, inconfortable - Perd ses moyens | <ul style="list-style-type: none"> - Organisation du W - Etre vigilant |

Annexe III : Grille d'entretien de recherche

Principes de l'entretien de recherche :

- Prise de contact avec les professionnels lors de rencontre ou d'appel téléphonique.
- Laisser la possibilité aux professionnels de refuser l'entretien
- Tout comme les entretiens exploratoires, préserver l'anonymat des lieux et des personnes
- Demander l'autorisation d'enregistrer les entretiens pour être consacré pleinement sur celui-ci.
- Rappeler la genèse du mémoire sans évoquer la question de recherche.

L'utilisation des entretiens de recherche est de comprendre le phénomène posé dans ma question de recherche. L'outil le plus approprié ici est l'entretien semi-directif pour que l'interlocuteur puisse s'exprimer librement sur les questions posées.

Questions :

Avez-vous déjà dérogé à votre exercice de soignant ?

Dans quelles conditions ?

Annexe IV: Verbatim d'entretien de recherche infirmière A

G : ma première question était, Est-ce que tu avais déjà dérogé à ton exercice

IDE A : as tu un exemple précis euh...?

G : donner un médicament sans ordonnance, faire un acte normalement réservé au médecin et que toi tu pratiquais pour une raison ou pour une autre.

IDE A : humm, oui, d'accord, donc par contre en terme d'acte médical en tant que tel non euh... mais, euh, effectivement l'administration de certains médicaments tel que, euh, du paracétamol ou du spafon® oui. Effectivement ca m'est déjà arrivé d'en donner sans forcément préalablement avoir la prescription médicale, oui ça m'est déjà arrivé. Et puis, euh, pour les bilans sanguins oui il m'est arrivé dans le cadre d'un patient qui était anémié, euh, il n'y avait pas eu de bilan de contrôle prescrit et de mon propre chef en fait, euh, lors d'un bilan ben, le matin, en fait, euh,... j'ai rajouté une numération pour avoir en plus, euh, le contrôle en fait euh de l'hémoglobine du jour.

G : D'accord, ok, d'accord et il y avait une raison à cela ?

IDE A : au niveau du bilan ?

G : oui

IDE A : alors c'était dans un cadre , dans un contexte plutôt de ... d'hématurie massive euh le patient avait en fait saigné toute la nuit et, euh, et, euh, voilà enfin, on l'avait surveillé de prêt toute la nuit et, euh, comme déjà de base il avait une hémoglobine assez basse en fait j'ai préféré le faire le matin avant la visite pour que l'on ai le résultat pour la visite en vue éventuellement que le médecin prescrive une transfusion étant donné ce qui s'était passé toute la nuit au niveau de l'hématurie.

G : d'accord donc c'était, euh, que tu voulais bien faire ?

IDE A : oui, oui, oui tout à fait c'était plutôt euh c'était plutôt dans le prendre soin dans l'anticipation de, euh, d'une éventuelle transfusion que j'ai anticipé et puis il y a aussi le contexte en fait hémorragique qui fait que il y a un caractère de semi-urgence.

G : d'accord et, euh, du coup, au final le patient a été transfusé ou pas ?

IDE A : euh, de mémoire, euh, oui. Oui oui il avait été transfusé dans la journée.

G : d'accord, euh, et quand, euh, tu as fais cela est-ce que tu t'es demandée « la je dépasse un peu mon rôle » ou

IDE A : oui oui, oui, oui parce que comme on travaille toujours sur prescription, euh, pour les bilans en tout cas on pèse toujours le pour et le contre si c'est pas prescrit mais, euh, la dans ce contexte précis, euh, c'était, euh, pour moi je trouvais cela nécessaire en fait de le faire vu le caractère de semi-urgence du patient.

G : hum, hum, c'est un patient que tu connaissais bien ou pas plus que cela ?

IDE A : Pas plus que cela en fait. Enfin bien, je devais le suivre au moins depuis 2 ou 3 jours donc, euh, c'est pas non plus une hospitalisation de 15 jours.

G : d'accord et, euh, c'est quelque chose qui s'est répété ?

IDE A : non non c'était vraiment dans ce contexte là d'hémorragie que je l'ai fait de mon propre chef en fait mais, euh, en temps normal je m'assure en fait de la prescription médicale pour, euh, effectuer un bilan.

G : d'accord, il y avait une urgence, enfin c'est ça qui a ...

IDE A : oui, comme je le disais tout à l'heure il y avait une semi urgence donc je pense que toute la nuit il a été en hématurie , on l'a surveillé de près donc, euh, j'irai pas jusqu'à dire que le pronostic vital était engagé mais on savait pertinemment que l'hématurie, euh, allait en fait provoquer un problème d'anémie donc, euh, la prise de sang aurait certainement été prescrite le matin mais, euh, par anticipation je l'ai faite, euh, avant la visite pour avoir les résultats et pour pouvoir gagner du temps sur le traitement en conséquence.

G : d'accord, et donc oui tu disais que tu avais bien conscience que cela dépassait tes ...

IDE A : hum, hum, oui, oui ça j'ai bien conscience que on travaille sur prescription pour, euh, pour ça en tout cas pour les bilans sanguins donc euh dans la mesure du possible moi je fais toujours en fonction des prescriptions.

G : d'accord et, euh, quand tout à l'heure tu parlais des antalgiques comme le doliprane ça c'est quelque chose que tu as pu faire également durant ton exercice ?

IDE A : oui je l'ai fait mais après par rapport à mon expérience en fait, euh, on a maintenant un logiciel informatisé ce qui fait que l'on a des prescriptions par anticipation par exemple selon la douleur, selon la constipation donc maintenant, euh, on a toujours les prescriptions au cas où.

G : Mais est-ce que c'est déjà arrivé que tu donnes un traitement sans avoir de prescription ?

IDE A : oui, oui, mais comme je le disais tout à l'heure c'était du paracétamol ou du spasfon®, c'était pas non plus, euh, autre chose mais, euh, oui oui il n'y avait pas forcément de prescription. oui, oui.

G : Et à chaque fois tu savais que tu sortais de ton rôle

IDE A : oui, oui, oui, oui.

G : C'était pour le bien être du patient ?

IDE A : Oui c'est toujours dans le bien être du patient mais après euh c'était vraiment occasionnel. La majeure partie du temps c'est toujours prescrit donc, euh, mais, euh, ça a pu arriver mais c'était très très occasionnel et toujours en vue de soulager le patient. Prendre soin du patient.

G : Ok euh je voulais rajouter quelque chose euh est-ce que c'est quelque chose qui a évolué? Enfin est-ce qu'il y avait des choses que tu ne te permettait pas avant et que du coup maintenant tu te permets un peu plus ?

IDE A : Tu veux dire en termes d'anticipation ?

G : oui voila comme tu connais bien, tu as une vision assez large d'un patient quand il arrive, de ce qu'il va falloir lui faire. Est-ce que du coup ça te permet toi de ... d'anticiper et de

IDE A : alors peut être effectivement avec l'expérience ça permet d'anticiper, euh, ... mais en règle générale je m'assure tout le temps en fait que les prescriptions soient faite avant de faire l'acte. Je dirai que c'est pas avec l'expérience que j'me dis j'anticipe plus sans prescription. Au contraire j'anticipe plus dans ma démarche de demander au médecin qu'il faut éventuellement prescrire cela. Par exemple dans le contexte précis d'un patient qui rentre pour une colique néphrétique on sait pertinemment qu'il va falloir anticiper d'avoir plusieurs types d'antalgiques en cas de douleur donc euh déjà préalablement j'avais voir le médecin lui dire euh « il faudrait prescrire au cas ou des antalgiques si douleurs » pour que l'on soit pas embêté au moment venu et que l'on ai ce qu'il faut. Ca serait plutôt dans ce sens la. C'est-à-dire avec mon expérience j'arrive plus facilement à anticiper euh plutôt la démarche auprès du médecin ou du chirurgien ou de l'anesthésiste. Tu vois ce que je veux dire ? Oui je crois que j'ai un regard plus global que effectivement au départ , jeune diplômé c'est un petit peu plus compliqué d'avoir, euh, ben, d'avoir ce regard global de la prise en charge.

G : oui donc finalement ça t'a aidé à moins, enfin plus cadrer les choses, de les faire moins dans l'illégalité mais, euh,...

IDE A : oui, après comme je te le disais tout à l'heure que ça soit des antalgiques ou des prises de sang ça reste vraiment occasionnel car je sais pertinemment que l'on a un rôle propre mais que l'on a un rôle aussi sur prescription qui est quand même assez important. Pour l'histoire de la prise de sang c'était vraiment un cas précis tu vois et puis les antalgiques du fait qu'on a le logiciel maintenant de prescription avec cette possibilité d'anticiper. Le médecin prescrit et en fait on a beaucoup de possibilité en fait de soulager.

G : Est du coup c'est facile à utiliser le « si besoin » ?

IDE A : oui, oui, parce que par exemple ils peuvent mettre une condition, euh, pour tel antalgique donner si EVA supérieure à 4 tu vois ou euh donner que si paracétamol est inefficace. Donc ils prescrivent avec des conditions qui nous aident à administrer les traitements. Voilà est-ce que je peux donner ou pas. Après ça fait écho aussi à ce que l'on disait. C'est-à-dire que avec l'expérience on sait que l'on va commencer par tel antalgique et puis après que l'on va continuer avec un autre tandis que jeune diplômé tu es quand même un peu moins à l'aise avec tous les traitements au départ.

G : d'accord euh est-ce que tu voudrais rajouter quelque chose par rapport au sujet ?

Silence

IDE A : comme ça non.

Annexe V : Verbatim d'entretien de recherche infirmière B

G : Peux tu me présenter ton parcours

IDE B : ça va être extrêmement simple. Moi je suis diplômée en 2002. Et j'ai commencé en réanimation. J'ai passé mon stage DE en réanimation puisqu'à l'époque on avait un stage DE. Et j'ai embrayé derrière et ça fait 14 ans que je suis en réanimation. J'ai jamais été voir ailleurs, je suis toujours restée là moi. Je n'ai pas un parcours ou il y a 15000 services. Moi j'en ai eu qu'un. Voilà pour le coup c'est un service qu'a beaucoup évolué. Nous on a commencé avec 13 lits, on en est rendu à 30 avec des prises en charge qui ont beaucoup évoluées aussi. Des types de patients qui ont pas trop évolué c'est un peu toujours les mêmes... mais voilà. C'est à peu près tout, moi j'ai une expérience en réanimation.

G : d'accord, et alors du coup ma deuxième question, c'est, est-ce que au cours de ton travail tu as été amené à déroger à ton exercice...

IDE B : Alors on passe notre temps à déroger. On passe clairement notre temps à déroger parce qu'il y a des actes qui ne sont jamais fait pas les médecins sauf dans certains services. C'est-à-dire que le premier sondage urinaire chez un homme peut être qu'en urologie c'est fait par un médecin mais je pense que 95% des autres services c'est fait par les infirmières enfin voilà c'est typiquement le soin qui est fait, euh, qui est fait ... alors après, il y a je joue sur les mots. C'est-à-dire que on nous dit que on le fait alors qu'il doit être fait par un médecin mais on nous dit, « oui mais tu le fais mais il faut que tu aies un médecin de présent dans le service ». Alors nous ce n'est pas très compliqué, nos médecins sont la H 24, je ne suis pas sûr que ça soit toujours le cas partout. Donc, euh, donc, euh, donc, voilà, le sondage urinaire c'est, euh, voilà en 14 ans de réa j'ai jamais vu un médecin poser une sonde urinaire, c'est un truc un petit peu abstrait pour eux, ils vont peut être essayé si vraiment nous on y arrive pas mais sinon euh non. C'est voilà. Après ça va être, euh, ça va être ben nous pour le coup en réanimation quand nos patients arrivent on est dans l'urgence. Donc on sait très bien que, quand nos patients arrivent, c'est un peu valable aux urgences, il y a un électrocardiogramme qui est fait, on leur fait une prise de sang standard. Ça on le fait sans attendre d'avoir la prescription puisque de toute façon on sait que c'est des choses qu'on va nous demander après et que ça fait partie de la prise en charge de base. La seule chose c'est que pour la prise de sang on leur demande si il y a des choses un peu particulières qu'ils veulent mais généralement quand le patient arrive euh, on lui fait son

électro, on lui fait sa prise de sang, on a déjà appelé la radio pour avoir une radio. Elles ne sont pas prescrites, c'est prescrit souvent après mais c'est des choses que nous on va faire avant. Après est-ce que on outre passe notre responsabilité, ça, ça a toujours été la grande question puisque ça fait partie de notre prise en charge de base hein, je pense qu'aux urgences c'est un petit peu pareil en fonction des cas qu'ils ont. Je pense qu'ils font des soins en automatisme pour faire gagner un peu de temps aussi puisque souvent quand c'est dans l'urgence il faut qu'il y ait des choses qui soient faites très très vite pour que l'on ait les résultats très très vite. Après il y a des choses qu'on va faire en ayant demandé au médecin mais sans avoir notre prescription. C'est-à-dire que hier soir j'avais un monsieur qui n'arrivait pas à dormir donc j'ai demandé au médecin si je pouvais lui donner un petit médicament pour l'aider à dormir et euh il m'a dit oui donc j'ai donné le médicament par contre il n'était pas prescrit. Il me l'a prescrit après. Donc après il y a aussi une histoire de confiance avec le médecin avec qui tu travailles puisque si t'a pas confiance, il y a de choses que tu vas pas faire. Après forcément on sait qu'on a confiance et qu'il le prescrira après et qu'on aura plus qu'à valider ce qu'on a fait. Mais on sait aussi que c'est un risque aussi. Après de là à donner des médicaments sans accord au moins oral du médecin, non. Par contre faire des médicaments sans avoir la prescription écrite, oui et je pense que l'on est pas les seules à fonctionner comme ça puisqu'on a pas toujours les médecins sous la main donc est-ce que c'est un défaut de responsabilité... À partir du moment où t'es pleinement conscient de ce que tu fais aussi, et des risques aussi parce que c'est toujours pareil c'est, euh, mais voilà nous on est dans un service un peu protégé en fait puisque, euh, nous on a des médecins H 24. Quoiqu'il se passe nous on a un médecin qui peut intervenir. Alors je sais pas si ça répond à peu près.

G : euh oui tout à fait, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Du coup est-ce que c'est comment dire cette histoire de confiance avec le médecin, enfin je suppose que c'est quelque chose qui s'instaure petit à petit.

IDE B : oui, bah, après, forcément, et inversement les médecins auront plus confiance dans les vieilles infirmières comme moi que dans des p'tites jeunes qui arrivent. Mais après on est dans un service qui fait que, euh, nous on a l'avantage d'avoir des jeunes diplômés qui sont pas lâchés seuls, parce que sur la partie réanimation, on est deux infirmières pour cinq patients. Donc voilà souvent on met les jeunes avec les plus anciennes pendant quelques semaines et quelques mois on peut
(Titi tu vas là-bas s'il te plaît.... merci)

Enfin nous c'est, on peut vérifier ce qu'ils font et quand ils ont des doutes, nous des fois on va intervenir et on va aller voir le médecin, parce que c'est vrai que des fois c'est pas toujours simple d'aller voir le médecin « tiens j'ai une question, euh », des fois ils sont de bonne humeur des fois ils sont pas de très très bonne humeur. Et c'est à nous de leur dire « quand tu as un doute sur un médicament tu demandes aussi ». Parce que c'est une chose de faire des médicaments en ayant demandé mais notre boulot aussi c'est de vérifier les prescriptions de médecins. Sauf que nous on a pas forcément les mêmes connaissances qu'eux. Pour le coup je trouve cela plus compliqué de remettre en cause une prescription médicale quand t'es pas forcément sûre. On a eu le cas il y a pas très longtemps d'un monsieur en hyperkaliémie et l'interne en l'occurrence nous a demandé de lui donner du Diffu-k®. « Non ça doit pas être ça » « si si si » « non non non » donc on a fini par aller voir le médecin au dessus, le sénior pour lui signaler la il y a une erreur. Mais c'est compliqué parce que, moi j'ai 14 ans de boîte derrière donc j'ai les connaissances pour pouvoir remettre certains prescriptions en cause. Une jeune diplômée qui sort juste de l'école, qui ne connaît pas tous les médicaments, connaît pas Enfin voilà quoi elle peut vite être déstabilisée par un médecin qui va dire « si si si c'est bien ça » et puis finalement on se retrouve avec des erreurs sauf que derrière on nous dira qu'on avait une responsabilité aussi grande que celle du médecin. Et c'est là où c'est très compliqué, nous quand on a des stagiaires on leur dit d'être hyper vigilant à ça. On te demande d'être sûr que ce que tu passes c'est bon et la pour le coup la responsabilité c'est vachement plus important je trouve quand même. Parce que après un paracétamol même si le patient a une insuffisance hépatique, c'est pas avec un paracétamol® qu'on va l'aggraver. Par contre passer du Kayexalate®, du potasse enfin voilà des choses comme ça ou alors après quand on part sur des médicaments qui servent pour la thrombolyse c'est un peu plus compliqué. Et puis après c'est pareil, on connaît pas tous les protocoles aussi, on arrive pas toujours à les avoir en temps et en heure donc euh voilà c'est des choses un peu plus compliqué, euh, on essaye d'être assez vigilants sur les nouveaux en leur disant « fais bien attention, prend peut être cinq à 10 minutes de plus quitte à aller poser une question bête au médecin » pour éviter de faire n'importe quoi. Pour le coup l'incidence est pas tout à fait pareille. Si le médecin il se plante ben on se plante aussi avec en jeu la vie du patient derrière. Voilà, il y a des choses qu'on va faire parce qu'on sait qu'on peut. D'autre, ben, il va falloir être hyper vigilant.

G : d'accord, du coup j'aimerais revenir sur euh, on parlait du sondage urinaire. C'est quelque chose que tu as pu faire toi ?

IDE B : j'ai arrêté de compter les premiers sondages que j'ai faits chez les hommes hein. C'est, c'est, c'est voilà. Nous chez nous aucun médecin ne pose une sonde urinaire. ça n'arrive jamais

G : et alors pourquoi est-ce qu'ils ne le font pas justement?

IDE B : ben parce qu'ils partent du principe qu'on est beaucoup plus doué qu'eux parce que c'est un truc qu'on fait beaucoup plus souvent. C'est des actes, alors je m'avance peut être mais je pense que pour le sondage urinaire j pense que à part quand ils l'ont fait en externat. Ils l'ont peut être fait en tant qu'interne si ils sont passés dans des services un peu plus spécifiques. Mais les trois quarts des médecins, c'est un truc qu'ils ont pas fait depuis des années et effectivement je pense que pour le coup on est beaucoup plus doué qu'eux pour ça.

G : d'accord donc c'est le manque de pratique qui ...

IDE B : Ha, ben oui, non, mais, moi je pense que sur tous les médecins qu'on a, ils ont du poser cinq ou six sondes urinaires et puis voilà quoi. Donc euh oui on dit que chez l'homme par rapport à la prostate, voilà. Pour qu'un médecin y arrive pas, nous on y arrivera pas plus autant. et inversement si nous on y arrive pas le médecin y arrivera pas et que généralement quand ça ne marche pas on fait appel à l'urologue qui, là, pour le coup, alors lui soit il vient et il passe et il est excessivement traumatique soit il vient et il va aller passer un cystocath parce que pour le coup, euh, voilà. Mais je pense que le sondage urinaire clairement il y a 98% des praticiens hospitaliers qui n'ont pas posé une sonde urinaire depuis leur externat. Donc la pour le coup oui effectivement on a un aspect réglementaire qui dit que théoriquement le premier sondage urinaire chez un homme doit être fait par un médecin. Après entre un médecin qui n'en a pas posé depuis 10 ans et une infirmière qui en pose une à deux par semaine. Lequel est le plus qualifié pour pouvoir poser une sonde urinaire... voilà il y a peut être des aspects dans ces actes réglementés qu'il faudrait peut être à un moment de temps revoir puisque les pratiques sont pas du tout celles préconisées. Alors après on pourrait être bête et méchant et dire non moi je le fais pas. Après si on avait un médecin pour un patient on pourrait. Après bénéfice risque pour le patient surtout si il a un globe, ben il faut qu'on lève le globe le plus vite possible parce qu'il est pas bien, il a mal. Souvent c'est des patients très très agités. Donc à l'arrivée on attend deux heures que le médecin vienne poser une sonde urinaire, il va y passer peut être des plombes parce qu'il va plus être

habitué à le faire et nous ça va nous prendre cinq minutes et le patient il est soulagé et on a réglé le truc. Après on sait aussi en connaissance de cause que l'on dépasse nos compétences enfin ça c'est enfin je connais pas une infirmière qui n'ai pas pleinement conscience que oui le premier sondage chez un homme doit être fait par un médecin. Après dans les autres services peut être qu'il y a des bonnes pratiques qui se font et tant mieux mais nous clairement non. C'est pas fait.

G : Du coup c'est fait pour le bien être du patient ?

IDE B : Alors après on a plusieurs cas, on a la pose de la sonde urinaire parce que on sait clairement que le patient il vient et qu'il a un globe et on a la pose de sonde urinaire pour surveiller la diurèse parce que c'est un très bon indicateur de savoir si le patient est en train de s'aggraver ou pas. Après peut être qu'on s'est jamais posé la question, nous quand on reçoit des patients intubés ventilés sédatisés c'est automatique on leur pose une sonde urinaire. C'est un petit peu très protocolisé en fait. Il arrive, fonction de comment ils sont techniqués on va rajouter une sonde gastrique, on va rajouter une sonde urinaire. C'est des choses qu'on va faire qui est hiérarchisé. Généralement après on prescrit, bon ça fait peut être une heure qu'elle est mise. Mais on en revient toujours au même que les médecins ont pas le temps de le faire.

G : d'accord merci pour cet entretien qui a été très riche. Est-ce que tu voulais rajouter quelque chose par rapport à mon sujet ou...

IDE B : ...Ben la responsabilité, après je me trompe peut être je connais mal votre nouveau référentiel. Nous on a un peu l'impression que c'est pas pris... euh il y a apprendre un acte, en soi on peut apprendre à n'importe qui même à une personne qui n'est pas à l'école d'infirmière on peut lui apprendre à poser une sonde urinaire, une voie veineuse voilà. La responsabilité, on a pas que la responsabilité euh enfin notre responsabilité c'est le patient et que tout ce que l'on fait autour à un impact. Tout ce que l'on fait peut avoir des répercussions derrière et moi j'ai un peu l'impression qu'on met pas assez l'accent sur ça parce que mine de rien on est un pays où il n'y a pas encore trop de plaintes ou de truc comme ça. Nous on apprend beaucoup à nos jeunes diplômés de verrouiller. C'est-à-dire quoi qu'ils fassent de le noter. Moi je mets généralement « appel de l'interne à telle heure » avec le nom de l'interne, « prescription orale faite », alors nous après ils sont obligés de valider toutes les prescriptions orale que l'on a fait. Mais je mets toujours un petit

commentaire en plus pour me protéger. Parce que on a beau dire on est une équipe voilà dès qu'il se passe un truc on sait pas vraiment si y aura le soutien de tout le monde et si on n'aura pas un médecin ou un interne qui va se défilier. C'est bien de faire une trace après. Ça n'a peut être pas de valeur légale ou autre mais sauf que le fait d'avoir noté c'est plus compliqué à dire « non non j'ai pas dit de faire ça ». Il faut se protéger parce qu'on nous demande de protéger le patient c'est très très bien, c'est 95% du boulot, il y a 5% ou on se protège aussi. Parce que on est pas à l'abri d'une mauvaise manipulation, d'un quiproquo après c'est parole contre parole. Derrière cela peut avoir des répercussions sur soi, c'est-à-dire que voilà moi j'ai 14 ans derrière donc euh je m'autorise et je pense comme beaucoup d'ancien à prendre des largesses sur certaines choses mais après je suis pleinement consciente de ça aussi et je sais comment me protéger aussi. Et c'est l'inconvénient des jeunes diplômés c'est qu'il y a plein de choses qu'ils ont pas la notion. Ils vont le faire mais ils vont pas forcément le noter alors c'est pas grave en soi mais si il se passe un truc derrière il n'y a pas de preuve.

G : D'accord et quand tu parlais que tu prenais plus de largesse

IDE B : ben je prends plus de largesse parce que vu que j'ai plus de connaissance il y a des choses que je sais en fonction de telle pathologie qui arrive euh ce qu'on va être amené à faire. C'est-à-dire que le patient qui vient en défaillance multi-viscérale j'ai mon litre de sérum phy qui est déjà dans la chambre, j'ai ma noradré qui est enfin j'ai mes catécholamines qui sont déjà dans la chambre, j'ai euh j'ai mon plateau si il est pas intubé mon plateau d'intubation est déjà prêt à verrouiller. Si le médecin me dit on intube, en trente seconde je suis prête. Alors pour le coup c'est pas une responsabilité euh sur des médicaments ou des choses comme à ça mais dans un sens j'ai déjà sur-anticipé car en fonction de la pathologie je sais qu'on va lui passer ça ou ça. On se trompe pas souvent, enfin au bout d'un moment on est un petit peu toujours pareil ce qui nous fait gagner du temps. Alors après c'est de l'anticipation je sais pas si ça a grand-chose à voir avec de la responsabilité mais implicitement voilà quand on sait qu'on va intuber un patient en prescription orale on aura déjà nous mis les deux médicaments qui nous servent à intuber les gens avec le dosage parce que on sait déjà en fonction du poids ce que les médecins vont nous demander. Ce qui fait que quand on intube c'est déjà prescrit. ça va être validé par les médecins mais nous on l'a anticipé parce que faut qu'on note tout en temps et en heure ce qu'on va faire. Après effectivement une jeune diplômée aura pas ces réflexes là, elle va attendre que le patient

arrive. Bon bah ça va pas changer grand-chose sur la responsabilité, ça va pas jouer mais voilà c'est vrai qu'on s'autorise une prise d'initiative sur telle ou telle pathologie en fait.

G : d'accord, bon et bien merci pour ce témoignage

Annexe VI : Verbatim d'entretien de recherche infirmière C

G : Pouvez vous me rappeler votre parcours en quelques lignes.

IDE C : c'est très atypique comme parcours. Après mon bac je suis rentrée dans une école infirmière. Il n'y avait pas de concours à ce moment là, il fallait juste avoir le bac. J'ai fais 2 ans de fac et après je rentre en école d'infirmier et je suis partie au bout de 6 mois pour des raisons personnelles. Ensuite je suis devenue assistante dentaire. J'étais assistante dentaire pendant 8 ans. Ensuite, euh, mon beau père ayant pris sa retraite, j'ai passé le concours de l'école d'infirmière et puis, je, voilà je suis devenu infirmière. Et, euh, j'ai travaillé de manière intermittente en tant qu'infirmière, j'ai fais des remplacements, euh, enfin j'ai travaillé dans un hôpital local pendant 1 an, ensuite j'ai fait beaucoup de remplacement. J'ai aussi aidé mon mari, voilà. Et, euh, quand il est décédé j'ai repris complètement mon métier, le métier d'infirmière. Donc voilà. J'ai beaucoup bougé et je me suis retrouvée en Vendée. J'ai travaillé aussi en hôpital, ensuite j'ai fais des remplacements en tant qu'infirmière d'entreprise. J'ai travaillé en EHPAD, en gériatrie beaucoup et en Maison d'accueil spécialisée.

G : Ma deuxième question est est-ce que durant votre travail vous avez déjà dérogé à votre exercice.

IDE C : Alors, euh, c'est un peu délicat ce que vous me demandez parce que, en principe, tout ce qui est sur prescription, on doit avoir une prescription, c'est sous entendu. Maintenant il y a les circonstances qui font que nous, par moment, les médecins sont pas forcément tout le temps présent quand on a besoin qu'ils soient présents. Donc, euh, il nous arrive de prendre des prescriptions par téléphone que l'on fait régulariser par la suite bien sûr. Et euh donc la ça peut être une dérogation hein, c'est clair hein. Mais les circonstances veulent que. Euh on s'adapte donc par contre, euh, bon il faut quand même avoir un peu de discernement et pas faire n'importe quoi bien sur, c'est-à-dire, euh, tout ce qui aura un impact, tout ce qui risquerai d'avoir un impact, euh, vital sur le patient, euh, la, euh, j'pense qu'il faut pas déroger. J'veux dire faut faire de preuve de, euh, euh, voilà de discernement. Euh, par contre si il faut lui donner un antalgique ou un antibiotique voilà parce que en ce moment il y a une épidémie de bronchite. Il y a voilà c'est hein, c'est, bah, oui on le fait. Autrement après ça va plus du rôle propre. Il y a pas besoin d'un médecin pour savoir quel soin il va falloir que l'on mette en œuvre. Il nous arrive au niveau, je prends un exemple, au niveau des contentions, il nous faut une prescription normalement. Mais quand on est devant un cas, voilà le cas de

quelqu'un qui veut absolument par-dessus ses barrières ou euh voilà on est bien obligé de voilà de, de, bon on peut passer déjà un coup de fil au médecin, lui dire il se passe ça est-ce que on peut et vous ferez la prescription après. Faut aussi avertir la famille, faut travailler avec les familles aussi. Faut vraiment les mettre au courant de tout ce qu'il se passe et puis ils ont leurs mots à dire. Et euh souvent faut leur faire comprendre le contexte et la situation, ça c'est important. Maintenant déroger, nous ici euh on peut déroger car on a un peu de mal à avoir un médecin sous la main. Ils sont souvent débordés donc, euh, pfff parfois il nous arrive de les relancer plusieurs fois mais, euh, bon, alors, après il y a le 15 ou les urgences maintenant quand c'est quelque chose de vital. On utilise le 15 beaucoup, même si sans avis médical une situation on sait bien que c'est ce qu'il faut faire. Voilà. Euh que vous dire de plus. Oui vous avez peut être des questions ?

G : Humm par rapport à ce que vous me dite est-ce que le fait d'avoir de l'expérience ça vous aide dans ces situations ?

IDE C : Ben le fait d'avoir de l'expérience, encore moi j'en ai pas. J'ai pas 20 ans d'expériences derrière moi donc euh, euh si vous voulez l'expérience c'est peut être une certaine maturité donc euh mais bon après quand on a moins d'expérience et de maturité on s'en tient plus à, on est plus scolaire, enfin je veux dire on s'en tient à nos démarches qu'on nous a dit de mettre en œuvre etc... Et quand on a un peu d'expérience et de maturité on a on hésite moins peut être et puis on a peut être plus de facilité pour évaluer une situation et peut être qu'on a moins peur de prendre certains initiatives hein, enfin je pense.

G : et quand ça vous arrive vous le faite pourquoi ?

IDE C : Ben quand ça nous arrive, on est là pour la prise en charge soignante du patient euh enfin nous, en EHPAD, en tout cas on est là pour les accompagner jusqu'à la fin de leur vie. En les accompagnants évidemment il faut que chaque jour on fasse en sorte que l'accompagnement se passe bien, dans les meilleures conditions possible. Bien évidemment c'est la prise en charge plus médicale mais y a aussi une prise en charge psychologique, la prise en charge des familles, de l'environnement familial, de l'environnement aussi entre résidents ça c'est important. Donc elle prend plusieurs formes cette prise en charge. Il n'y a pas que le coté technique, médical, euh, euh, voilà.

G : D'accord et pour revenir à cet aspect de déroger à son exercice est-ce que quand vous le faites vous avez conscience de le faire ?

IDE C : Alors on a des protocoles quand même. Pour justement avec ces protocoles qui ont été validés par des médecins, donc ça nous permet quand même de prendre voilà de faire des choses en toute quiétude parce qu'on a le protocole qui a été validé par le médecin coordonnateur ou, euh, hein. Donc il y a beaucoup de protocoles comme ça pour la douleur, pour les chutes donc là on est tranquille, je veux dire. Finalement est-ce qu'on déroge beaucoup à part je vous dis peut être les prescriptions par téléphones qui me dérangent un petit peu mais bon si elles sont régularisées après par la suite, euh, voilà et mais, euh, oui ce système de protocole je pense que c'est un palliatif à cet inconvénient d'être obligé de déroger à certaines choses. Parce que les circonstances font que on a pas un médecin sous la main, ou, euh.

G : D'accord donc si je comprends bien finalement vous ne déroger pas tant que cela

IDE C : Non on ne déroge pas tant que ça, on ne déroge pas tant que ça. En tout cas on essaye quand même de mettre des choses en place de manière à nous aider justement peut être pour ce genre d'inconvénient parce que moi j'appelle cela un inconvénient. J'ai pas tellement l'impression de déroger oui effectivement, j'ai pas tellement l'impression

G : D'accord alors c'est que j'ai fait des premiers entretiens exploratoire pour cibler mon sujet et quand je leur parlais responsabilité et prendre soin, les premiers termes qui revenaient c'est quand on faisait des actes en dehors de nos compétences, un doliprane sans ordonnance.

IDE C : Et bien la je peux vous dire que nous on a un protocole pour des douleurs, j'veais pas appeler le médecin pour donner un doliprane, euh, donc voilà on a, on a tout un tas de chose comme ça qui nous permettent de pouvoir agir dans une certaine liberté. Après est-ce qu'on s'autorise à plus de dérogation ? J'ai pas l'impression. Je pense qu'on essaye d'avoir le plus possible l'adhésion de tous les gens concernés. On les informe. Par contre j'ai déjà été confrontée à des médecins qui ne voulaient pas prescrire quelque chose que je trouvais pertinent et ça m'est arrivé d'appeler la famille et finalement avoir ce que je voulais en fait. Et au final c'est de toujours avoir l'adhésion par ce que je veux dire on est un peu le lien entre la famille, le résident le médecin donc on a un rôle de coordination de liaison d'intermédiaire,

ben c'est important d'avoir l'adhésion de tout le monde pour pouvoir faire quelque chose. Parce que moi personnellement si la famille est contre, si le médecin est contre enfin non je prendrais pas la liberté de ... mais si le médecin me dit non j'appelle toujours la famille pour leur dire que le médecin ne veut pas. Après c'est à eux de voir avec le médecin. Ça m'est arrivé pour une patiente qui faisait des rectorragies qui mangeaient plus depuis 1 mois et il se trouve qu'elle avait un ulcère perforé mais que le médecin ne voulait pas l'hospitaliser et du coup j'ai appelé la famille qui avait supplié le médecin pour la faire hospitaliser et au final ça s'est trouvé très pertinent. Enfin pour nous c'est pas, la dérogation, c'est pas vraiment je veux dire, enfin moi j'me suis jamais dit, euh, voyons est-ce que tu... , est-ce que c'est un problème de faire... enfin moi au contraire je pense que on essaye de pas justement se mettre en porte à faux par rapport à la législation, par rapport voilà parce que c'est j'veux dire nous, c'est tellement facile et si il arrive un truc on va dire oui c'est l'infirmière elle a pris des initiatives, au contraire on essaye d'avoir toujours l'adhésion de tout le monde et de prévenir tout le monde. Faut se protéger quand même. Voilà c'est .., je pense qu'il faut en avoir conscience qu'il faut se protéger, c'est pour cela que je note tout ce que je fait. Voilà on est pas la faut pas se prendre pour dieu le père. On a un certain pouvoir, il est limité, c'est un pouvoir... enfin je sais pas si on peu appeler ça un pouvoir, un savoir peut être pour aider. On nous a donné des armes pour aider, enfin des armes, des moyens pour aider des gens et, euh, ben ces moyens il faut les utiliser intelligemment et ces moyens il faut les utiliser aussi de manière à ce que ça ne se retourne pas contre soi, hein, euh, parce que ça peut être à double tranchant donc faut faire attention quoi. On essaye d'encadrer le plus possible notre pratique, c'est pas faire un peu n'importe quoi par souci d'une initiative personnelle.

G : D'accord, merci bien, voulez vous rajouter quelque chose ?

IDE C : Euh non.

G : Très bien alors je vais m'arrêter là alors. Merci beaucoup.

Titre : la responsabilité infirmière : quand le soignant prend des risques.

Résumé :

A travers mes expériences professionnelles antérieures, différentes situations vécues au cours de ma formation d'infirmier et de l'actualité, le thème de la responsabilité soignante m'est apparu comme une évidence. Pour moi, ce terme de responsabilité infirmière obéit à deux notions. D'une part celui de la responsabilité et d'autre part celui de l'infirmière. Initialement une question s'est posée: quel est l'impact de la responsabilité dans le prendre soins ?

Afin d'appréhender au mieux cette question j'ai choisi de développer trois concepts que sont l'infirmière diplômée d'état, la responsabilité et le prendre soin. Des entretiens exploratoires m'ont permis de confronter mes apports théoriques à la réalité du terrain. Plusieurs thématiques se sont dégagées de ses échanges. Tout d'abord les aspects personnels avec le stress, la peur de l'erreur, mais également des aspects professionnels comme les désaccords ou bien encore le dépassement de ses responsabilités. Mais finalement, En quoi, malgré la connaissance de leur responsabilité, les infirmier(e)s dérogent-ils (elles) à leur exercice pour prendre soin ?

Mots-clefs : responsabilité – prendre soins – conscience – expérience

Titre : Nursing responsibility when the caregiver takes risks

Summary :

Through my previous work experiences, different situations experienced during my nursing training and current events, the theme of nursing responsibility occurred to me as obvious. According to me, this term of "nurse responsibility" responds to two notions. On the one hand, the notion of responsibility and on the other hand, the one of the nurse. Initially, it raised a question : what is the impact of responsibility in taking care?

To understand this issue better, I chose to develop three concepts that are : the registered nurse, responsibility and taking care. Exploratory interviews have enabled me to compare my theoretical contributions with reality on the ground. Several themes emerged from these conversations / exchanges. First, the personal aspects with stress, fear of mistakes, but also professional aspects such as disagreements or exceeding one's responsibilities.

But finally, what may lead nurses to derogate from their duty, despite knowing their responsibility ?

Keywords : responsibility - take care - awarness - experience