Diplôme d'Etat Infirmier - Mémoire de fin d'études

Session Juillet 2019
Promotion 2016 - 2019

L'INFIRMIER ET LE « SI BESOIN » une simple application ?

POTIER Flavien
Sous la direction de Christine LILIENSTERN

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

DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER
Session Juillet 2019
Mémoire de fin d'études

L'INFIRMIER ET LE « SI BESOIN »

Une simple application ?

Sous la direction de Christine LILIENSTERN

Flavien POTIER
Promotion 2016 – 2019

Références Pédagogiques :
Lydie FRAPPIER, Sophie CHEREL

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

DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER
Session Juillet 2019
Mémoire de fin d'études

L'INFIRMIER ET LE « SI BESOIN »

Une simple application ?

Sous la direction de Christine LILIENSTERN

Flavien POTIER
Promotion 2016 - 2019

Références Pédagogiques :
Lydie FRAPPIER, Sophie CHEREL

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

Remerciements

Il est coutumier de remercier les personnes ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce projet professionnel, ainsi que l'aboutissement de ce travail de fin d'étude. De manière honnête et sincère, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenu et aidé dans la construction de ce mémoire de fin d'études :

- *A ma directrice de mémoire, Madame Christine LILIENSTERN, cadre de santé formatrice à l'IFSI de La Roche Sur Yon (Vendée), pour m'avoir guidé, encouragé et soutenu tout au long de ce travail.*
- *A ma référente de suivi pédagogique, Madame Lydie FRAPPIER, cadre de santé formatrice à l'IFSI de La Roche Sur Yon, pour m'avoir accompagné et aidé tout au long de mon cursus de formation en soins infirmiers.*
- *Aux professionnels de santé pour les entretiens de ce mémoire ainsi que ceux qui m'ont encadré et beaucoup appris à l'IFSI et en stage.*
- *Aux professionnels, amis et membres de ma famille pour le temps consacré à la relecture et à la correction de ce travail.*

Merci à mes collègues secouristes pour leur mobilisation et leur présence, eux qui ont porté ce projet avec moi.

Je remercie aussi mes collègues de promotion pour leur reconnaissance et l'accompagnement mutuel durant ces 3 ans de formation (Manon, Sandy, Laurine, Zoé, Claire, Mya et les membres de Perfus'Yon).

Merci à mes amis proches et mes cousines pour leur présence et pour avoir toujours cru en ce projet infirmier (Christopher, Fabien, Léa, Coralie, Amandine et Audrey).

Je remercie mes parents, mes frères et ma famille pour leur encouragement et leur soutien inconditionnel au long de ces 3 ans.

Merci à toi Mamie Josèphe, partie pendant l'écriture de ce travail, pour ton courage, ton amour et ton dévouement transmis depuis mon plus jeune âge !

« La connaissance éveille vos capacités, l'expérience enrichit vos compétences. »

***Alain Leblay**, écrivain français, conférencier, formateur, expert en dialogue social, 1956*

SOMMAIRE

GLOSSAIRE _____ 5

AVANT-PROPOS _____ 5

INTRODUCTION _____ 6

I. SITUATION D'APPEL ET CHEMINEMENT _____ 8

I.1 Situation d'appel _____ 8

I.2 Questionnement _____ 9

a. Généralités sur les prescriptions médicales anticipées _____ 10

b. Responsabilités _____ 14

c. Anticipation _____ 15

d. Interprétation _____ 16

e. Autonomie _____ 17

f. Expérience _____ 18

II. ENTRETIENS EXPLORATOIRES _____ 21

II. 1 Méthodologie _____ 21

II.2 Etude de la population _____ 22

II.3 Intérêts et objectifs _____ 22

II.4 Grille d'entretien _____ 23

III. ANALYSE INTERPRETATIVE _____ 25

III.1 Résultats de l'enquête _____ 25

III.2 Analyse des résultats _____ 25

a. Présentation des soignants interviewés _____ 25

b. Le vécu des soignants face aux prescriptions _____ 26

c. Les avis des soignants _____ 27

d. Les prises de décision d'application _____ 27

e. Les différences entre les soignants vues par les soignants _____ *28*

f. L'expérience et les PMA « si besoin » _____ *29*

g. Les mots représentatifs des PMA « si besoin » _____ *30*

h. La pensée des soignants sur cette démarche de recherche _____ *31*

III.3 Synthèse de l'analyse _____ **31**

IV. PHASE CONCEPTUELLE _____ **34**

IV.1 Cadre conceptuel _____ **34**

a. L'expérience dans le soin au sein d'une équipe _____ *34*

b. Le raisonnement clinique accélérateur d'expérience ? _____ *37*

c. La responsabilité et la décision _____ *40*

IV.2 Synthèse _____ **45**

IV.3 Ouverture sur la recherche _____ **47**

CONCLUSION _____ **49**

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES _____ **51**

ANNEXE I : Guide d'entretien _____ **I**

Questions infirmier _____ *I*

Questions médecin _____ *I*

ANNEXE II : Entretien n°1 IDE _____ **II**

ANNEXE III : Entretien n°2 IDE _____ **X**

ANNEXE IV : Entretien n°3 IDE _____ **XV**

ANNEXE V : Entretien n°4 IDE _____ **XIX**

ANNEXE VI : Entretien n°5 Médecin _____ **XXXI**

Annexe VII : Liste de compétences en 5 étapes _____ **XXXV**

GLOSSAIRE

ANAES : Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
CMP : Centre Médico-Psychologique
CNRTL : Centre National des Ressources Textuelles et Littéraires
DATI : Dispositif d'Alarme pour Travailleur Isolé
DU : Diplôme Universitaire
EN : Echelle Numérique
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESI : Etudiants en Soins Infirmiers
FHF : Fédération Hospitalière Française
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IDM : Infarctus Du Myocarde
IFPS : Institut de Formation eux Professions de Santé
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
IPA : Infirmier en Pratique Avancée
IV : Intra-Veineux
OAP : Œdème Aigu du Poumon
OH Chronique : Ethylisme Chronique
PAP : Prescription Anticipée Personnalisée
PMA : Prescription Médicale Anticipée ou Prescription Médicale Avancée
SCA : Syndrome Coronarien Aigu
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
TS : Tentative de Suicide
USC : Unité de Soins Continus

AVANT-PROPOS

Il est vrai que la profession infirmière soit essentiellement représentée par des femmes, les termes relatifs aux professionnels de santé dans cet écrit seront déclinés au masculin. Ceci afin de faciliter la lecture.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'infirmier est « *la personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu* »[1]. Plusieurs organisations définissent, à leur manière, la profession.

L'évolution du métier d'infirmier et de la prise en soins des malades mettent en œuvre des éléments nouveaux dans la prise en charge de ces derniers. En effet, les prescriptions médicales anticipées ou les protocoles de soins sont des dispositifs qui sont, de nos jours, presque systématiquement mis en place. L'autonomisation des professionnels s'anticipe dès la formation ; les professionnels de terrain travaillent avec ces outils préalablement élaborés. Les infirmiers et l'équipe pluridisciplinaire doivent, ensemble, être en capacité de s'adapter à la prise en soins.

Dans une projection professionnelle, je m'interroge sur les écarts qui peuvent surgir entre les infirmiers dans la prise en soins d'un patient. C'est à partir de ce questionnement qu'émerge la problématique posée dans cet écrit.

Ce qui m'amène au choix de ce sujet, c'est la projection personnelle que je me fixe en tant que futur infirmier diplômé d'état. Les prescriptions médicales anticipées sont présentes dans beaucoup de service. Elles peuvent être diversifiées et éventuellement interprétées de manière très personnelle : dans quelques mois, c'est moi qui serai dans l'action et devrai appliquer ces prescriptions. Ce qui motive encore plus mon choix, ce sont les enrichissements professionnels que je pourrai obtenir de la part des soignants lors de mes démarches d'enquête.

Cet écrit, dont je viens d'expliquer le sujet tout en donnant mes motivations, prendra la forme de la succession des étapes logiques de la recherche, d'abord par l'explicitation de la situation de stage vécue, puis par le questionnement initial qui en ressort. La suite évoquera la méthodologie utilisée pour l'enquête, une fois celle-ci analysée, une nouvelle question de départ sera présentée et la phase conceptuelle s'appuiera sur des citations notamment. Le tout fera l'objet d'une synthèse qui mettra en avant une question de recherche, et sera conclu.

---

[1] Article L. 4311-1 du Code de la Santé Publique.

SITUATION D’APPEL

ET CHEMINEMENT

I. SITUATION D'APPEL ET CHEMINEMENT

I.1 Situation d'appel

Lors d'un stage en service de médecine générale, alors que je suis en troisième année d'études de soins infirmiers, j'accueille une patiente dans le service ; nous sommes un vendredi soir, il est 17 heures.

Je prends rapidement connaissance du dossier médical : la patiente, que j'appellerai Madame Durand, provient d'un service de cardiologie traditionnelle. Elle vient dans ce service de médecine générale afin d'avoir un temps de repos après son hospitalisation en cardiologie. Madame Durand, âgée de 79 ans, a fait un infarctus du myocarde, puis un œdème aigu pulmonaire. Elle est aussi atteinte d'une insuffisance cardiaque gauche et a, comme antécédent, de l'hyper-tension artérielle. Elle a été hospitalisée dans le service de soins intensifs de cardiologie pour un syndrome coronarien aigu avec le segment « ST » non positif sur l'électrocardiogramme (SCA non ST+) avec un dosage de troponine positif. Suite à cela, elle a subi une coronarographie en urgence et a eu une angioplastie. Ce syndrome coronarien aigu a aggravé l'insuffisance cardiaque de Madame Durand : à cause de cela, lorsqu'elle était en service de cardiologie traditionnelle, elle a fait un OAP. Après que son état de santé s'est stabilisé, elle a été transférée dans ce service de médecine générale où je suis en stage.

Après avoir accueilli la patiente, je prends connaissance de la prescription médicale du médecin qui l'a rencontrée. Il est mentionné un traitement systématique avec un bêta-bloquant, un diurétique *per os*, deux anti-agrégants plaquettaires, un inhibiteur de la pompe à protons, un inhibiteur de l'enzyme de conversion, une gélule de potassium et un antilipémiant. Je prends connaissance de plusieurs traitements notifiés comme prescriptions médicales anticipées, des traitements injectables ou *per os,* tels que des diurétiques, des antalgiques et un anxiolytique. La prescription de ces traitements ne m'étonne pas car, après avoir réalisé un stage en service de cardiologie, je sais que ce sont ces traitements qu'il faudra administrer en cas de décompensation cardiaque globale ou en cas d'anxiété, notamment la nuit. Mais lorsque je clique sur la prescription informatique pour savoir à partir de quel moment il faudra, en cas de nécessité, utiliser ces thérapeutiques, je vois que, pour ces PMA, leur utilisation est seulement « si besoin », sans autres précisions.

Quelques jours après, aux transmissions du matin, l'infirmière de nuit nous informe (autre infirmière, aide-soignante et moi-même) qu'elle a injecté une dose de quarante milligrammes de diurétique en intra-veineux comme le préconise la PMA « si besoin » : il semblerait que, lors du passage de 2 heures, la patiente graillonnait.

Lors du premier passage, nous avons trouvé Madame Durand calme, apaisée et sans difficultés respiratoires. La matinée s'est bien déroulée, nous n'avons pas eu recours aux PMA. Le lendemain, lors du premier passage de la matinée, je suis avec une infirmière différente de la veille. Cette seconde infirmière, qui rencontre la patiente pour la première fois, trouve que celle-ci graillonne. Personnellement, je ne trouve aucune différence par rapport à la veille et au jour de l'entrée de Madame Durand. L'infirmière prend connaissance de la prescription médicale et fait le choix d'injecter quarante milligrammes de diurétique.

I.2 Questionnement

Je m'interroge sur ces PMA « si besoin ». En effet, j'ai pu remarquer que le jugement de l'état clinique d'un patient et la prise en considération de la prescription médicale sont vraiment personnels et différents d'un soignant à un autre. Dans la situation qui m'intéresse, il suffit seulement de deux jours différents, avec deux soignants différents pour que la prise en soins ne soit pas la même. En effet, deux infirmières différentes ne réalisent pas un même et unique jugement clinique : en effet, l'une d'entre elles fait le choix d'administrer un traitement diurétique, alors que la précédente, au vu du même tableau clinique de la patiente, a jugé qu'il n'était pas nécessaire d'administrer la thérapeutique.

L'interprétation des données cliniques d'un patient et des thérapeutiques à administrer semble personnelle : peut-on alors considérer que ces PMA « si besoin » donnent une autonomie aux infirmiers ? Qu'en est-il des responsabilités pour l'infirmier concernant l'administration ou non des thérapeutiques prescrites sous cette forme ? Quels vont être les marqueurs décisionnels du choix des infirmiers face à un patient ? Quels vont être les éléments qui expliqueront une différence de prise en soins d'un infirmier à un autre ?

J'ai pu remarquer, lors de la situation de stage vécue et expliquée ci-dessus, ainsi que lors d'autres stages, que le « si besoin » était régulièrement utilisé. Cependant, les professionnels infirmiers exercent le plus souvent de manière individuelle en fonction de leurs connaissances, de leurs compétences et de leur expérience. Pour autant, est-ce que ce sont ces éléments qui expliquent la différence de prise en soins pour un même patient ? L'intérêt professionnel de ma recherche s'oriente vers l'évolution de l'application des PMA « si besoin » dans le but d'harmoniser la prise en soins d'un patient nécessitant ces prescriptions.

L'ensemble des questionnements sur les concepts tels que la responsabilité, l'expérience ou encore l'interprétation autour de la situation, m'amène à m'interroger sur **la place de l'expérience de l'infirmier dans l'interprétation d'une prescription médicale anticipée « si besoin »**.

Le service de médecine générale où j'ai réalisé mon stage est un service qui permet une prise en soins de patients sortant d'une hospitalisation en service conventionnel spécifique ou de chirurgie. Dans ce service, j'ai pu remarquer que les PMA « si besoin » sont régulièrement prescrites, que chaque patient a, au minimum, un antalgique de pallier I prescrit en « si besoin ». Pour d'autres patients, ce sont des anxiolytiques qui sont prescrits de manière systématique en « si besoin », le plus souvent à la demande des infirmières, pour que les patients puissent passer de bonnes nuits. La fréquence et la diversité des PMA « si besoin » renforcent mon questionnement sur les pratiques d'application des infirmiers, l'objectif étant de prendre en soins les patients sans trop de différences de la part des soignants.

a. Généralités sur les prescriptions médicales anticipées

Dans le service où j'ai fait mon stage, il était question de PMA, c'est-à-dire de « Prescription Médicale Anticipée » ou « Prescription Médicale Avancée » ; ou encore de PAP, c'est-à-dire de « Prescription Anticipée Personnalisée ». Ces prescriptions sont préétablies et validées par un médecin : elles ont valeur de prescriptions médicales et tous les éléments réglementaires doivent y paraître en plus de l'intervalle de temps à respecter dans l'administration de chaque thérapeutique.

La structure hospitalière à domicile « Santé Service Bayonne et Région » a établi un document afin de définir ce qu'est une PMA. Selon elle, c'est une prescription médicale personnalisée et adaptée à chaque patient, en fonction de sa pathologie et de son traitement de base. Elle doit être rédigée à l'avance en tenant compte des antécédents du patient et des symptômes de sa pathologie. Elle doit être réadaptable en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient, ainsi que de son traitement.[2]

Prescription médicale ou ordonnance, PMA ou PAP, protocole de soins thérapeutiques, quelles sont les différences ? La Fédération des établissements Hospitaliers de France écrit : « *Le protocole se distingue de la prescription médicale en ce qu'il trouve application à une pluralité de patients. Au contraire, la prescription médicale est obligatoirement individuelle*. »[3]

Pour ce qui est de la loi, c'est le Code de la Santé Publique qui s'applique : « *La prescription de médicaments ou produits destinés à la médecine humaine mentionnés à la présente section est rédigée, après examen du malade, sur une ordonnance* »[4]. L'ordonnance doit être physique ou numérique et elle doit indiquer les mentions citées dans les sept alinéas de l'article R5132-3 du Code de la Santé Publique.

---

[2] SANTE SERVICE BAYONNE ET REGION. ***« Prescription Anticipée Personnalisée (PAP) ».*** In *Soigner à Domicile*, page 3.

[3] LELIEVRE N. ***Les protocoles de soins validité et conditions d'application.*** [En ligne]. Infirmier.com, septembre 2013, (page consultée le 02/11/2018) Adresse URL : www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/les-protocoles-de-soins-validite-et-conditions-dapplication/print.html.

[4] Article R. 5132-3 du Code de la Santé Publique.

Les PMA apparaissent pour la première fois dans la circulaire DHOS/E2 n°2002-266 du 30 avril 2002, qui intervient dans le programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé. La charte de la personne hospitalisée dit : « *Les établissements de santé garantissent la qualité des traitements, des soins et de l'accueil. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur* »[5]. Rapidement, ces PMA ne se limitent plus à la prise en charge de la douleur et s'étendent notamment aux prises en charge des situations d'urgence et des situations de soins palliatifs. De ce fait, l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation de la Santé publie des recommandations stipulant : *« Pour faire face aux situations d'urgence, il est proposé que soient disponibles en permanence des protocoles d'urgence et/ou des prescriptions anticipées et les médicaments définis par le médecin comme essentiels* »[6]. Dans l'article R. 4311-8 du Code de la Santé Publique, il est traité de la douleur et il est précisé : « *L'infirmier ou l'infirmière est habilité(e) à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre de protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers* »[7]. Dans ce cas, il peut s'agir d'une situation où une prescription médicale individualisée peut être mise en œuvre. Le docteur Benoît Burucoa définit ainsi la prescription anticipée : « *La prescription anticipée est une prescription médicale, personnalisée, rédigée par avance et réadaptable. Elle permet à l'infirmière d'apporter une réponse rapide à la souffrance du patient. La personne malade est informée de son existence, ce qui est très rassurant* »[8]. A cette définition, la docteure en médecine Perrine Pouchoulin ajoute :

---

[5] Circulaire N°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

[6] ANAES. ***Recommandations pour la pratique clinique : Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs***. Paris : ANAES, 2002.

[7] Article R. 4311-8 du Code de la Santé Publique.

[8] BURUCOA B. ***Symptômes d'inconfort autres que la douleur en fin de vie.*** Bordeaux : Rev Part, 1999. 1051 pages (Volume 49).

« *Dans chaque situation, le médecin qui décide de rédiger des PAP se place dans une démarche d'anticipation de ce qui pourrait arriver : l'aggravation d'un symptôme, sa survenue ou sa réapparition. Les PAP peuvent en effet être établies pour un symptôme donné selon trois modalités :*

- soit le symptôme est présent, et l'objectif est d'anticiper une éventuelle aggravation ;

- soit le symptôme s'est déjà manifesté, et l'objectif est d'anticiper une éventuelle récidive ;

- soit la probabilité de survenue du symptôme est élevée et l'objectif sera alors d'anticiper son éventuelle apparition.

Ce symptôme peut être inhérent à la maladie (fonction du type et de son état évolutif), à la fin de vie, aux traitements en cours ou aux soins »[9].

Etant données ma situation d'étudiant futur professionnel et ma compréhension de la citation ci-dessus, il me semble que la docteure Perrine Pouchoulin indique que le médecin prescripteur, en collaboration avec l'équipe, doit réfléchir aux suites pathologiques et aux complications qu'un patient peut développer et qu'il doit les anticiper en mettant en place ces PMA. Selon le docteur Benoît Burucoa, ce travail d'anticipation médicale et paramédicale joue un rôle dans le confort de l'infirmière : autonomie, rapidité d'exécution et assurance en termes de réponse face aux souffrances du patient. De plus, ce travail d'anticipation joue aussi un rôle auprès du patient lorsqu'il est informé de ces prescriptions. Ces notions seront vérifiées lors de la synthèse des apports des professionnels pendant l'enquête.

---

[9] POUCHOULIN P. ***Impact de la collaboration entre médecins et infirmiers dans le cadre de prescriptions anticipées personnalisées à domicile : étude qualitative à propos de 9 patients suivis en 2010 par le réseau de soins palliatifs l'Estey***. Université de Bordeaux II, 2010. 310 pages.

De nos jours, ces prescriptions médicales anticipées sont presque systématiquement présentes dans les soins palliatifs, et répondent à plusieurs indications clairement définies.[10 ;11 ;12 ;13]

b. Responsabilités

En matière de responsabilités dans l'application des PMA, l'infirmier, selon l'article R. 4311-7 du Code de la Santé Publique, doit s'en tenir au rôle prescrit « *L'infirmier ou l'infirmière est habilité(e) à accomplir sur prescription médicale écrite […] des actes et des soins* »[14]. La responsabilité est, de manière très générale, comme le Centre National des Ressources Textuelles et Littéraires le définit, une « *obligation faite à une personne de répondre de ses actes du fait du rôle, des charges qu'elle doit assumer et d'en supporter toutes les conséquences* »[15]. D'une manière plus précise et centrée sur la profession d'infirmier, il est indiqué une « *obligation faite à l'infirmier(e) de répondre de ses actes et de ceux qui ont été confiés aux auxiliaires et aux étudiants qu'il (elle) encadre ; elle découle de son habilitation à dispenser des soins* »[16]. La notion de responsabilité du point de vue de l'infirmier est importante puisqu'elle englobe la responsabilité morale et juridique. Ensuite, elle se décline en cinq autres sortes de responsabilités : la responsabilité civile, administrative, pénale, disciplinaire et déontologique[17]. Un manquement à ces responsabilités peut entraîner des

---

[10] ANAES. ***Recommandations pour la pratique clinique : Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs***. Paris : ANAES, 2002.

[11] BURUCOA B. ***Symptômes d'inconfort autres que la douleur en fin de vie.*** Bordeaux : Rev Part, 1999. 1051 pages (Volume 49).

[12] TWYCROSS R. ***Prevention of all the troubles of the dying***. Montréal : Rev Prat, 1986, 473 pages.

[13] GIRARDIER J. BEAL J. ALAVOINE V***. Les situations extrêmes en soins palliatifs***. Dijon : USP La Mirandière, Infokara, 1995. p. 38.

[14] Article R. 4311-7 du Code de la Santé Publique.

[15] CNRTL. ***Définition de responsabilité.*** [En ligne]. CNRTL. (Page consultée le 12/10/2018). Adresse URL : www.cnrtl.fr/definition/responsabilit%C3%A9.

[16] MAGNON R. DECHANOZ G. BEC J. ***Dictionnaire des soins infirmiers : Définition de la responsabilité infirmière***. Paris : AMIEC Recherche, ELSEVIER MASSON, 3ème édition, 2005. 2950 pages.

[17] LIRET S. CHEREL S. JACQUEMART C. ***Cours non publique : Responsabilité, UE 1.3 S1 TD de synthèse.*** La Roche Sur Yon : Institut de Formation en Soins Infirmiers, 2017.

poursuites en justice. La docteure Pouchoulin souligne un corollaire à une définition préalablement citée sur les PMA en disant qu'il y a une « *absence d'obligation d'exécution, inhérente à la notion d'anticipation et qui dépendra de l'évaluation lors de la survenue du symptôme* »[18]. En effet, le « si besoin » est basé sur le simple avis de l'infirmier : celui-ci décide, en fonction des éléments dont il dispose, s'il administre ou non la thérapeutique prescrite « si besoin ».

c. Anticipation

Les citations des auteurs permettent d'affirmer qu'il existe un travail d'anticipation à travers ces prescriptions. L'anticipation, c'est, selon Le Petit Robert : « *un mouvement de la pensée qui imagine ou vit d'avance un événement* »[19]. Le docteur en psychiatrie Jean Sutter[20] décrit l'anticipation comme étant « *un mouvement par lequel l'homme se porte de tout son être au-delà du présent dans un avenir proche ou lointain, qui est essentiellement son avenir* »[21]. Dans la situation présente, à travers la prescription, le médecin prescripteur a pu, en prenant en compte les éléments qui lui étaient connus, imager un avenir où pouvaient être présents d'éventuels risques et complications de la pathologie. A ce titre, il est probable que cette situation lui a fait choisir des thérapeutiques à administrer le cas échéant. Dans la forme de l'anticipation, c'est toute l'équipe pluridisciplinaire qui anticipe une prise en soins à travers plusieurs actes. Je n'irai volontairement pas plus loin dans le concept de l'anticipation : en effet, je considère que, dans les PMA, ce concept est plutôt rattaché au personnel prescripteur. Cependant, les équipes infirmières sont compétentes aussi dans ce domaine, car c'est en lien avec la notion du raisonnement clinique. La démarche de ce raisonnement est apprise en formation initiale et développée tout au long de la carrière professionnelle des infirmiers. L'anticipation, dans la situation présente et en lien avec la thérapeutique qui crée mon questionnement, consiste en l'évaluation du risque de récidive d'un OAP dû probablement à

---

[18] POUCHOULIN P. ***Impact de la collaboration entre médecins et infirmiers dans le cadre de prescriptions anticipées personnalisées à domicile : étude qualitative à propos de 9 patients suivis en 2010 par le réseau de soins palliatifs l'Estey.*** Université de Bordeaux II, 2010. 310 pages.

[19] REY A. REY-DEBOVE J. ROBERT P. ***Le Petit Robert de la langue française : Définition d'anticipation***. Paris : Le Robert, 64ème édition, 2015. 2588 pages, p. 151.

[20] 1911 – 1998, Neuropsychiatre franco-algérien.

[21] SUTTER J. ***L'anticipation : Psychologie et Psychopathologie.*** Paris : Presses Universitaires de France – PUF, 1983. 240 pages.

la majoration de l'insuffisance cardiaque globale que subit cette patiente. Le médecin prescripteur du diurétique injectable en PMA « si besoin » a anticipé le risque de récidive d'OAP lors de son approche clinique ; en tous cas, c'est l'analyse que je fais, compte tenu des éléments que j'ai en ma possession. Le « si besoin » seul, sans autres éléments cliniques concernant l'administration de la thérapeutique indiquée, me limite dans ma réflexion sur la démarche qu'a pu faire le médecin lors de la prescription de cette thérapeutique.

d. Interprétation

Le « si besoin » porte matière à interpréter. En effet, lorsqu'il n'y a pas de précisions aux besoins éventuels d'un patient face à une thérapie, l'infirmier doit interpréter les données cliniques et paracliniques d'un patient, ainsi que celles de la prescription médicamenteuse. Selon le CNRTL, l'interprétation, c'est « *l'action d'expliquer, de chercher à rendre compréhensible ce qui est dense, compliqué ou ambigu ; résultat de cette action* »[22]. La littérature raccroche à l'interprétation un art qui se nomme l'herméneutique. Afin d'illustrer cette première définition, le théologien et philosophe allemand Friedrich Daniel Ernst Schleiermacher[23] explique que l'interprète est dans une posture où il cherche à comprendre ; il associe cette démarche à la recherche d'une réponse à une difficulté ou à une interrogation[24,25]. Dans la situation présente, le soignant doit interpréter des données et juger l'état clinique de la patiente ; il doit aussi prendre une décision de traitement ou non. Cette interprétation peut être impactée par plusieurs éléments. Mais ce qui est prévalent, c'est l'interprétation que va faire l'infirmier du « si besoin » inscrit auprès du traitement. En effet, dans la situation décrite plus haut, les infirmières avaient peut-être des conceptions et des considérations différentes à propos du « si besoin ». Après avoir défini précédemment le « si besoin », est-ce que, dans ce même service, les deux intervenantes ont la même définition de ce concept ?

---

[22] CNRTL. ***Définition d'interprétation.*** [En ligne]. CNRTL. (Page consultée le 12/11/2018). Adresse URL : www.cnrtl.fr/definition/interpr%C3%A9tation.

[23] 1768 – 1834, philosophe, théologien, professeur, écrivain allemand.

[24] SCHLEIERMACHER F. ***Pour une logique du discours individuel***. Paris : Le Cerf, 1ère édition, 1987. 208 pages.

[25] REYMOND B. ***À la découverte de Schleiermacher***. Paris : Van Dieren, 2008.

En ce qui concerne l'interprétation de la situation et les critères pouvant la faciliter, on peut, dans un premier temps, citer l'expérience. En effet, les deux infirmières concernées n'ont pas le même nombre d'années d'exercice et n'ont pas suivi le même parcours. L'infirmière qui a fait le choix de ne pas donner de traitement est plus âgée et diplômée depuis plus longtemps. Elle a aussi exercé dans plusieurs services alors que l'infirmière qui a fait le choix d'administrer le traitement a débuté sa carrière dans ce service de médecine générale. Mon avis personnel est qu'il n'y avait pas de différence entre les deux journées en ce qui concernait l'état clinique de la patiente, notamment sur le plan respiratoire. Les données interprétées par les deux infirmières me paraissaient les mêmes, mais n'aboutissaient pas à la même conclusion.

e. Autonomie

Ces PMA « si besoin » permettent à l'infirmier d'avoir un champ d'application de la thérapie dans l'attente de nouvelles prescriptions médicales, en cas de décompensation pathologique ou de douleur par exemple. Ce champ d'application est en quelques sortes l'autonomie. L'autonomie peut se définir comme « *la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté* »[26]. Cette autonomie peut être une caractéristique au rôle propre de l'infirmier : en effet, afin de faire suite à la définition précédente, j'ajouterai une explication de la célèbre infirmière Virginia Henderson[27] : « *L'IDE (doit) être légalement une praticienne indépendante, ayant capacités (au sens d'aptitude et juridique du terme) à avoir des jugements indépendants, du moment que cela ne concerne pas la maladie, dont le diagnostic, le pronostic et le traitement relèvent de la fonction du médecin. En revanche l'IDE détient l'autorité pour tout ce qui touche aux soins IDE* »[28]. L'idée de la liberté liée à l'autonomie, indiquée à la fin de la première définition, semble prendre son sens dans la

---

[26] UNF3S. ***Autonomie et Dépendance.*** [En ligne]. Université médicale virtuelle francophone : Support de Cours, 2009. (Page consultée le 10/11/2018). Adresse URL : http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/cours.pdf.

[27] 1897 – 1996, Infirmière, enseignante et chercheuse américaine.

[28] PAILLARD C. ***Dictionnaire des concepts en soins infirmiers.*** Noisy Le Grand : Setes, 2ème édition, 2015. p.58.

situation du moment, lorsque l'infirmière doit faire le choix d'appliquer ou non la PMA « si besoin » : elle use de sa liberté de choix face à cette mesure. Il me semble qu'en général, il en est de même pour tous les individus, c'est-à-dire qu'ils usent des libertés prescrites dans le cas où ils sont en capacité de le faire, afin d'être considérés comme autonomes.

f. Expérience

Les éléments pouvant impacter l'autonomie, l'interprétation et le jugement clinique de l'infirmier peuvent être liés aux trois notions de compétences, de connaissances et d'expérience. Un premier temps de réflexion personnelle m'amène à relier ces trois notions ensemble. A juste titre, les principes d'anticipation et d'interprétation dans l'administration de thérapeutiques subjectives me font croire que l'expérience est un facteur influent dans la prise de décisions.

Définition de l'expérience, selon le CNRTL :« *Fait d'acquérir, volontairement ou non, ou de développer la connaissance des êtres et des choses par leur pratique et par une confrontation plus ou moins longue de soi avec le monde* »[29]. C'est aussi un ensemble de « *savoir ou savoir-faire acquis par l'usage, par la pratique en dehors d'une connaissance théorique* »[30]. L'expérience est un concept vaste et défini par de nombreux auteurs dans les champs philosophique, sociologique et professionnel. Dans la situation vécue, et face à des prescriptions médicales particulières, les deux jours de travail sont différents, et deux infirmières différentes prennent en soins la patiente. Ces deux infirmières ont, à ce moment-là, une ancienneté et une expérience inégales. Les événements se sont déroulés en septembre. L'infirmière qui a jugé nécessaire d'administrer les thérapeutiques a eu son diplôme en décembre de l'année précédente et a toujours exercé dans ce service. La pratique montre une différence qui pourrait être justifiée par l'expérience professionnelle ou personnelle des infirmières. L'expérience est le fruit des multiples événements de la vie, notamment ceux de la pratique professionnelle.

---

[29] CNRTL. ***Définition de l'expérience.*** [En ligne]. CNRTL. (Page consultée le 16/11/2018). Adresse URL : www.cnrtl.fr/definition/exp%C3%A9rience.

[30] MORFAUX L. LEFRANC M. ***Nouveau vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines***. Paris : Editions Armand Colin, 2ème édition, 2005. p.185.

Afin de faire le lien avec les trois notions mises en évidence auparavant, qui sont la connaissance, la compétence et l'expérience, je souhaite expliquer ma vision des choses. En effet, pour moi, ces trois concepts se rejoignent et sont liés les uns aux autres, d'abord parce que le fait de détenir des compétences fait que l'on détient des connaissances pour développer les compétences acquises, et réciproquement. Le développement des deux concepts « connaissance » et « compétence », comme le justifient les définitions préalablement citées, est le marqueur principal de l'expérience. Inversement, si l'expérience se développe, alors il est probable que les connaissances et les compétences vont augmenter, à échelle et vitesse différentes. Ces concepts et la relation entre eux pourraient faire l'objet d'une recherche plus poussée.

ENTRETIENS EXPLORATOIRES

II. ENTRETIENS EXPLORATOIRES

II. 1 Méthodologie

Les apports introduits dans l'élaboration de ce travail de recherche me permettent de déduire que la problématique initiale posée répond à une démarche empirico-inductive : en effet, cette approche est dans l'optique d'un apport concret de la part de professionnels interviewés. La présente posture envisage la compréhension du phénomène en donnant du sens à l'objet de la recherche, et l'enjeu de l'enquête est de découvrir des éléments qui faciliteront sa compréhension.

Au regard de la méthode de recherche que j'envisage, la réalisation d'entretiens professionnels semble être le plus pertinent, et plus précisément d'entretiens semi-directifs[31]. L'objectif principal étant de faire s'exprimer l'interlocuteur sur un certain nombre de thèmes. Le rôle de l'interviewer est de s'adapter au discours de la personne interrogée, d'être attentif à des réflexions non anticipées et de ne pas influencer les paroles tenues par l'interviewé. L'entretien peut, par moments, être exploratoire puisque je laisse le champ ouvert à la personne interrogée[32].

Les personnes interviewées ont préalablement reçu un courrier précisant l'objet et les modalités de la réalisation de l'entretien. La confidentialité, la discrétion professionnelle et le secret professionnel sont respectés.

Cette méthode a été mise en parallèle avec un questionnaire soumis à des infirmiers. Le questionnaire semble ne pas être la bonne méthode étant donné que j'attends des interviewés un développement de leurs réponses, ce que compromet un questionnaire. En effet, le questionnaire peut permettre un développement, mais ne peut pas me permettre de rebondir sur les paroles des interviewés ; de ce fait, je peux passer à côté d'éléments intéressants concernant l'objet de ma recherche.

---

[31] BLANCHET A. GOTMAN A. ***L'enquête et ses méthodes : l'entretien.*** Paris : Nathan, 1992.

[32] ***Loc. Cit.***

II.2 Etude de la population

La population choisie pour les entretiens se compose de quatre infirmiers car ce sont les applicateurs des PMA. Je fais le choix d'interviewer des infirmiers d'âge et d'ancienneté différents afin de prendre en compte l'expérience dans l'application du « si besoin ». J'envisage à titre personnel un entretien spécial avec un médecin pour comprendre son regard de prescripteur à travers les PMA « si besoin » et ses attentes auprès des IDE. De plus, je souhaite explorer plusieurs lieux d'exercice.

Pour toutes ces raisons, j'ai choisi de m'entretenir avec un infirmier récemment diplômé en réanimation afin d'avoir des éléments sur sa vision des PMA en tant que jeune infirmier ; de plus, je souhaite comprendre le rôle des PMA dans des soins qui peuvent être urgents. Ensuite, j'ai choisi un infirmier avec plus de trois ans d'expérience et travaillant dans un service de médecine traditionnelle, afin d'avoir un regard sur les PMA « si besoin » dans ces services-là. Dans mes recherches, il est mentionné que les PMA « si besoin » ont fait leur apparition dans les soins palliatifs : je réalise donc une exploration à travers un entretien avec une infirmière expérimentée travaillant en SSR avec des lits nommés « soins palliatifs ». Enfin, je mène un dernier entretien avec une infirmière plus expérimentée, qui peut avoir un regard plus expert et qui a connu l'arrivée des PMA dans les soins. Elle fait donc partie des infirmières qui ont travaillé sans et avec les PMA ; cette infirmière exerce dans le secteur de la psychiatrie.

Ces entretiens se sont déroulés dans les mois de novembre et de décembre 2018, dans les lieux choisis par les professionnels : dans leur service, au domicile et à l'IFPS.

II.3 Intérêts et objectifs

Lors des entretiens, je souhaite obtenir des éléments de compréhension afin d'éclairer l'objet de ma recherche et de me permettre d'apporter des connaissances supplémentaires. A l'occasion des entretiens, j'attends des professionnels qu'ils me fournissent des informations sur leur expérience dans l'interprétation des PMA afin d'établir la continuité des recherches. Dans le cas où l'entretien apporte des éléments non anticipés, je peux rebondir sur ceux-ci pour obtenir plus d'informations utiles.

II.4 Grille d'entretien

A travers les questions qui sont posées[33], j'attends un certain nombre de réponses.

A la première question, c'est une information succincte de l'infirmier qui est prévalente à travers son parcours professionnel. Ensuite, c'est le ressenti du professionnel que je cherche à connaître lorsqu'il applique une prescription médicale. En effet, son ressenti et les moyens qui l'aident ou au contraire le mettent en difficulté sont indispensables dans l'analyse et dans la confrontation à la problématique initiale. Des concepts peuvent être mis en avant afin de comprendre la question. Lorsque je demande si ce ressenti est différent avec les PMA « si besoin », c'est pour marquer une différenciation si elle existe, et dans ce cas comprendre cette différence pour développer le questionnement et l'apport pragmatique. Quand il est question des éléments qui sont acteurs dans la prise de décision de l'infirmier quant à l'application des PMA, j'attends de l'infirmier des réponses multifactorielles et qui pourront être mises en accord ou en opposition avec la pensée du médecin interrogé. Dans une équipe soignante pluridisciplinaire, il existe, le plus souvent, deux corps de métier qui peuvent faire le choix d'appliquer ces PMA « si besoin » : ce sont les infirmiers et les médecins. Certain que l'appréciation et l'interprétation sont personnelles à chacun, comme le dit la littérature, j'attends des réponses concrètes qui peuvent marquer une différence d'appréciation, qui peuvent expliquer des concepts déjà anticipés ou qui peuvent me permettre d'en découvrir de nouveaux. À ce titre, je peux comparer les réponses des infirmiers interrogés et celles du médecin afin d'éclairer la pertinence du questionnement. Enfin, je permets aux soignants de repenser le sujet des PMA « si besoin » et d'élargir leur réflexion. Je peux ainsi recueillir leurs avis sur le thème de mon mémoire.

L'ensemble des éléments obtenus est ensuite développé et travaillé sous un angle professionnel infirmier.

---

[33] Annexe I

ANALYSE INTERPRETATIVE

III. ANALYSE INTERPRETATIVE

III.1 Résultats de l'enquête

Afin de réaliser l'analyse des entretiens exploratoires, je me suis appuyé sur un cours d'analyse de contenu[34] que j'ai suivi pendant ma formation, cours dispensé par deux cadres de santé formateurs se basant sur des écrits du docteur Wanlin[35]. Cette analyse de contenu est qualitative au vu des entretiens menés. Afin de permettre cette analyse, la méthode que j'ai choisie est de superposer les différents entretiens et de repérer les mots-clés et les concepts que les professionnels utilisent question après question[36].

III.2 Analyse des résultats

a. Présentation des soignants interviewés

Soignants	***Infirmier DE n°1***	***Infirmier DE n°2***	***Infirmière DE n°3***	***Infirmière Psy n°4***	***Médecin***
Service	Réanimation	Pneumologie	Soins de Suite et de Réadaptation	Admission en psychiatrie	Soins de Suite et de Réadaptation
Ancienneté de diplôme	6 mois	3.5 ans	10 ans	33 ans	30 ans
Ancienneté dans le service	6 mois	3 ans	10 ans	4.5 ans	25 ans

[34] FRAPPIER L. BONNET B. ***Cours non publique : L'Analyse de Contenu, UE 3.4 S5 CM.*** La Roche Sur Yon : Institut de Formation en Soins Infirmier, 2018.

[35] Chercheur et doctorant français en sciences de l'éducation à l'université du Luxembourg.

[36] WANLIN P. ***L'Analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretien.*** [En ligne]. Université de Québec. (Page consultée le 26/03/2019). Adresse URL : www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie-v3/Walin2.pdf.

b. Le vécu des soignants face aux prescriptions

De manière générale, les soignants vivent bien l'application d'une prescription médicale. Ils évoquent un questionnement permanent concernant les thérapeutiques. Cependant, l'infirmier n°1 évoque des sentiments de **peur** : « *Ce qui me fait peur, c'est de ne pas savoir du tout gérer le médicament en fait* »[37]. Il dit ne pas hésiter à demander de l'aide auprès de ses **collègues** qui ont plus d'**expérience**.

En ce qui concerne les PMA « si besoin », en fonction de leur âge et de leur expérience, les infirmiers interrogés n'ont pas le même ressenti. En effet, l'infirmier n°1 dit que c'est compliqué car « *ça part vraiment de notre **jugement*** »[38], et il rajoute que « *c'est vrai que c'est difficile de juger pour savoir si on lui donne ou pas* »[39]. L'infirmier n°2 dit accorder moins de temps à ces prescriptions, mais précise qu'elles sont nécessaires car elles évitent de perdre du temps en cas de besoin[40]. C'est aussi sur ce point que l'infirmière n°3 est d'accord, car cela « *peut permettre d'**aller plus vite**, d'agir plus vite […] je ne serai pas obligée d'appeler le médecin* »[41]. L'infirmière ajoute que c'est rassurant. L'infirmière n°4 évoque un sentiment de **liberté** par rapport à ces prescriptions médicales[42]. Quant au médecin, il dit ne pas avoir de problèmes particuliers et avoir découvert les PMA « si besoin » lors de son diplôme universitaire de soins palliatifs ; cela lui permet d'apporter une réponse rapide face à une problématique anticipée[43].

---

[37] Annexe II.

[38] ***Loc. Cit.***

[39] ***Loc. Cit.***

[40] Annexe III.

[41] Annexe IV.

[42] Annexe V.

[43] Annexe VI

c. Les avis des soignants

Les soignants émettent des avis communs sur les PMA « si besoin » en reconnaissant qu'elles sont nécessaires. L'infirmier n°1 déclare qu'elles laissent des marges de manœuvre, permettent aux infirmiers une certaine liberté, une certaine **autonomie**, qu'il n'y a pas besoin de déranger le médecin. Cependant, il avoue que cela s'accompagne de **responsabilités** supplémentaires qui le mettent mal à l'aise dans la décision d'application. L'infirmière n°3 évoque la possibilité de la prise en charge rapide d'un patient douloureux ou qui, par exemple, décompense. L'ensemble des infirmiers mettent en avant le fait que les PMA ont aussi leur utilité la nuit, car il n'y a pas forcément de médecin disponible rapidement. C'est finalement le concept de l'autonomie dans les soins que les soignants font ressortir à propos des PMA.

d. Les prises de décision d'application

Les infirmiers appliquent les PMA en fonction de la clinique et/ou des plaintes du patient. L'infirmière n°3 choisit de donner le traitement « si besoin » en fonction du traitement médicamenteux systématique. Les quatre soignants interrogés précisent que leurs collègues peuvent être une aide dans la prise de décision. L'infirmier n°1 insiste sur l'**expérience** de ses collègues, le fait qu'ils ont connu, par exemple, des situations similaires. L'infirmière n°3 regarde les transmissions ciblées écrites par ses collègues, tandis que l'infirmière n°4 dit que le collègue peut être une aide ou une difficulté car la perception et la conception de chaque soignant peuvent être différentes d'un soignant à un autre. Ici, je remarque que l'**équipe** infirmière peut **influencer** la prise de décision de l'infirmier qui doit choisir de donner ou pas un traitement prescrit sous PMA. En effet, la notion de responsabilité étant régulièrement associée à la prise de décision, on peut se dire que les soignants cherchent à se rassurer en discutant avec leurs collègues avant de donner eux-mêmes un traitement médicamenteux.

L'infirmier n°1 me dit : *« C'est la clinique du patient ; après, je vais demander à mes collègues »*[44]. Lors de l'entretien, il n'évoque pas le contenu de sa propre réflexion face à la prise de décision. Il dit cependant être mal à l'aise face à la prise de décision d'application et évoque cela comme un effet négatif des PMA « si besoin ». Le fait d'aller demander à des collègues peut donc suggérer un malaise du soignant face à une **difficulté** de **jugement** en **autonomie** quand il doit prendre une décision qui engage sa responsabilité. Cela montre le désir de trouver une réponse auprès d'une personne qui peut être une ressource : le soignant plus expérimenté. L'infirmier n°1 confirme que demander à ses collègues est lié à sa jeune expérience : « *Les autres infirmières, dit-il, ne se posent pas autant de questions* »[45].

Le médecin explique qu'il est important de travailler et de collaborer avec les infirmiers pour prescrire ces PMA « si besoin ». En effet, les infirmiers sont souvent présents auprès des patients, lors des visites du médecin : ils peuvent échanger sur les situations et les pathologies des patients pour pouvoir anticiper d'éventuelles difficultés. Le médecin souhaite aussi que les prescriptions PMA soient le plus claires et le plus précises possible pour éviter que les infirmiers soient en difficulté lors du choix d'application.

e. Les différences entre les soignants vues par les soignants

L'ensemble des infirmiers interrogés affirment qu'il existe des différences dans les prises de décisions d'application des PMA entre les soignants. D'abord, l'infirmière n°4 dit que « *la différence, c'est d'être jeune, d'être vieux dans la profession* »[46]. En effet, l'**ancienneté** dans la profession est le motif que les quatre infirmiers et le médecin mettent en avant, qui pourrait justifier cette différence. Ils évoquent tous l'expérience.

---

[44] Annexe II.

[45] ***Loc. Cit.***

[46] Annexe V.

f. L'expérience et les PMA « si besoin »

L'**expérience** est le concept qui revient systématiquement quand je pose la question des différences entre les soignants dans l'application des PMA « si besoin ». L'infirmière n°3 dit que l'expérience permet d'être plus à l'aise, que « *les traitements, on les connaît mieux et on connaît les surveillances à appliquer* »[47]. Il s'agirait donc de **connaissances supplémentaires** acquises sur le terrain. C'est ce qu'avance l'infirmier n°2 : « *Avec l'expérience, je pense qu'on acquiert des connaissances* »[48]. L'infirmière n°4 explique que l'expérience joue son rôle dans la réponse qu'elle apporte au patient : c'est grâce à l'expérience qu'elle peut avancer des arguments pour ou contre le fait de donner une thérapeutique « si besoin ». L'infirmier n°1 affirme que l'expérience professionnelle joue un rôle important : en effet, il explique que les infirmières expérimentées ont vu des patients et des situations qui leur permettent de donner rapidement le traitement « si besoin », sans pour autant se poser toutes les questions qu'il se pose, lui, jeune infirmier. Le médecin interrogé pense que l'expérience dans le métier permet d'être « *plus à l'aise avec cet espace de* ***liberté*** »[49]. De plus, le médecin lie l'expérience à **l'habitude** quand les soignants ont de **l'ancienneté** dans le service.

---

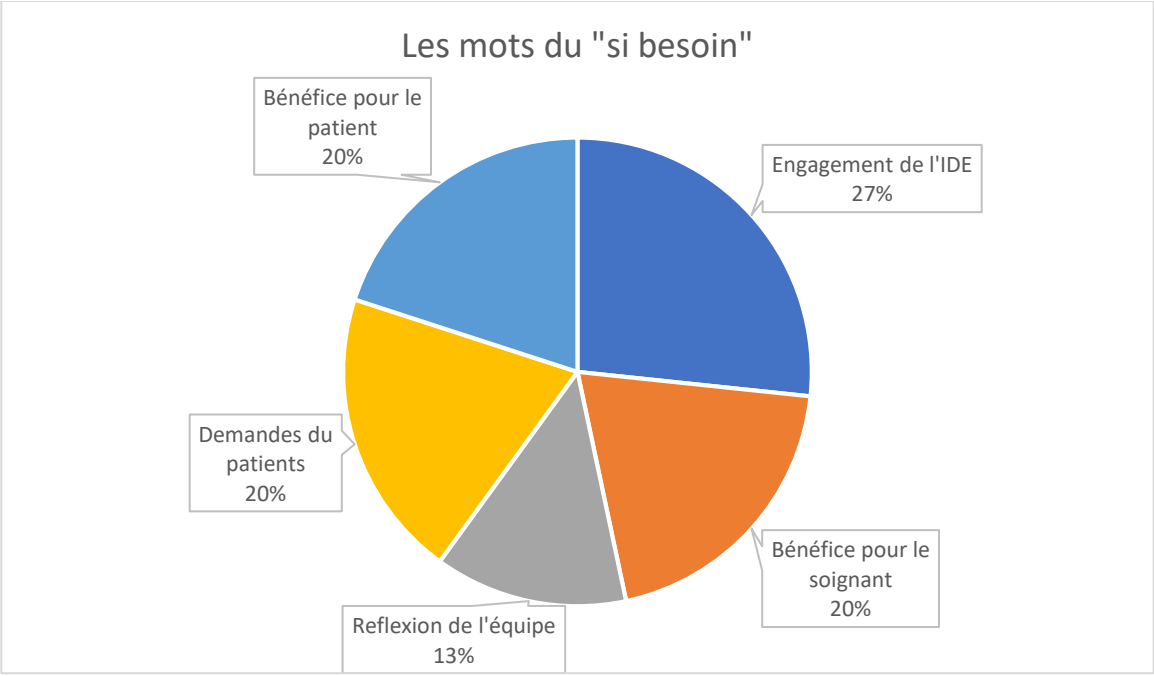
[47] Annexe IV

[48] Annexe II.

[49] Annexe VI.

g. Les mots représentatifs des PMA « si besoin »

A la fin des entretiens, j'ai souhaité demander trois mots importants aux infirmiers et au médecin interrogés. Ce que j'ai cherché à obtenir à travers cette question, c'est une forme de synthèse de la part des infirmiers et du médecin. L'analyse est la suivante :



Sur ce graphique de secteurs, j'ai regroupé par items les mots que les infirmiers et le médecin ont choisis pour représenter le « si besoin ». Trois infirmiers sur quatre évoquent la **responsabilité** engagée dans la décision d'application des prescriptions médicales anticipées « si besoin ». L'infirmier n°1 relativise cette responsabilité car il est sous le couvert du médecin. Cependant, il montre l'importance de cette prise de responsabilité pour le patient en expliquant que ce sont les infirmiers, plutôt que les médecins, qui sont le plus régulièrement auprès des patients. L'infirmier n°2 évoque, quant à lui, la peur de la responsabilité du fait que ce sont les infirmiers qui font le choix d'administrer le traitement, et bien qu'ils le fassent avec précaution.

Le médecin associe cette responsabilité et l'appréhension des infirmiers avec la sécurité ; il évoque « *un cadre qui est posé* »[50] qui doit permettre cette sécurité pour les soignants mais aussi pour les patients.

---

[50] Annexe VI.

Concernant les autres mots, les concepts de rassurance et de confort pour les soignants et les patients semblent s'associer avec d'autres concepts vus précédemment.

h. La pensée des soignants sur cette démarche de recherche

Les infirmiers n°1 et n°3 trouvent ce sujet intéressant et original ; l'un dit « *qu'il faut creuser dans ce sens* »[51]. L'infirmier n°2 évoque un sujet large, qui mérite d'être développé ; il laisse deviner un sentiment de frustration lorsqu'il dit que « *ça pourrait être davantage utilisé* »[52]. L'infirmière n°4 dit qu'elle n'aurait jamais pensé accepter un entretien sur les traitements médicamenteux et que c'était un challenge pour elle. Le médecin interrogé trouve aussi ce sujet de recherche très intéressant ; il pense que les PMA « si besoin » ont considérablement évolué depuis une vingtaine d'années.

III.3 Synthèse de l'analyse

Mon questionnement initial portait sur la place de l'expérience de l'infirmier dans l'interprétation d'une prescription médicale anticipée « si besoin ».

Les entretiens réalisés et leur analyse me permettent de confirmer que l'expérience et l'ancienneté sont une aide pour les infirmiers lorsqu'ils doivent interpréter une PMA « si besoin » et faire le choix de délivrer la thérapeutique. De la part des soignants, il n'a pas été question de difficultés dans l'interprétation de la notion « si besoin ». En effet, l'ensemble des personnels de santé interrogés disent que, la plupart du temps, le « si besoin » est suppléé par une indication du type : « *si douleur supérieure à 3 à l'EN* », « *si température supérieure à 38.5°C* » ou encore : « *si agitation* ». Les soignants déclarent tous être aidés par l'indication du médecin, et être rassurés par celle-ci.

---

[51] Annexe II.

[52] Annexe III.

Plusieurs soignants associent l'expérience à plusieurs autres concepts, tels que les connaissances supplémentaires, l'habitude ou encore la confiance. Ceci pourra être développé dans la phase conceptuelle. Les infirmiers insistent aussi sur l'expérience des collègues : c'est donc l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire dans la décision d'application d'une thérapeutique qui semble être une aide pour eux. J'ai pu évoquer auparavant l'importance et le rôle de la collaboration infirmier-médecin dans l'anticipation des situations de soins, mais je n'avais pas pensé à la collaboration entre infirmiers lorsqu'il s'agit d'aider un ou une collègue lors d'une prise de décision.

De mon côté, je suis étonné du fait que la prise de responsabilité revienne aussi régulièrement. J'ai pu anticiper le concept de responsabilité lorsqu'il s'agit de l'application de la prescription médicale. Cependant, j'ai pu remarquer que les jeunes soignants ressentent un sentiment de peur, ont une réflexion sur la responsabilité prise lors de la délivrance d'un traitement en PMA. La responsabilité est engagée lorsque la délivrance des thérapeutiques ne fait pas de distinction entre les prescriptions médicales systématiques et les prescriptions médicales anticipées. Comme le citait la docteure Pouchoulin, il n'y a pas d'obligation d'exécution concernant les PMA mais une obligation d'assistance et de moyens lors d'une situation de soins aiguë chez un patient. Je peux donc penser que la responsabilité est en lien avec le jugement clinique que réalise l'infirmier avant l'application de la thérapeutique, et que la conscience du risque d'erreur peut impacter la prise de décision.

Je poursuis mon travail d'initiation à la recherche en examinant la posture de l'infirmier face à un choix thérapeutique incluant un **raisonnement clinique**. Au regard de l'analyse des entretiens, je veux mettre en évidence le lien entre l'**expérience** de l'infirmier et/ou celle de ses collègues d'une part et la **responsabilité** engagée d'autre part. De ce fait, se pose une nouvelle question de départ.

En quoi l'expérience peut-elle influencer le raisonnement clinique d'un infirmier lorsqu'il fait face à un choix thérapeutique ?

PHASE CONCEPTUELLE

IV. PHASE CONCEPTUELLE

IV.1 Cadre conceptuel

a. L'expérience dans le soin au sein d'une équipe

L'expérience peut être personnelle ou professionnelle dans une situation de soins. L'expérience, c'est la « *pratique de quelque chose, de quelqu'un, épreuve de quelque chose, dont découle une connaissance, un savoir, une habitude ; connaissance tirée de cette pratique* »[53]. Le dictionnaire médical Garnier Delamare décrit l'expérience comme un « *Ensemble de connaissances acquises par une plus ou moins longue fréquentation des gens et des choses* »[54]. Systématiquement l'expérience est décrite comme un développement de connaissances.

Afin d'expliquer et de mettre en lien le concept de l'expérience dans le soin avec le travail en équipe, je vais m'appuyer sur les écrits de l'américaine Patricia Benner[55], théoricienne en sciences infirmières. Selon cette auteure, l'expérience, c'est « *l'amélioration des théories et des notions préconçues par la confrontation à de nombreuses situations réelles qui ajoutent des nuances ou des différences subtiles à la théorie* »[56]. Elle fait aussi le lien avec la compétence qui, pour elle, est le fruit des connaissances pratiques acquises et qui constitue le point de départ de l'acquisition de l'expérience.[57]

---

[53] LAROUSSE. ***Dictionnaire Larousse : Définition de l'expérience***. Paris : édition Pierre Larousse, 2015. 1755 pages.

[54] DELAMARE J. ***Garnier Delamare, dictionnaire illustré des termes de médecine : Définition de l'expérience.*** Paris : Editions Maloine, 24ème édition, 1997. 1095 pages.

[55] Auteure américaine, universitaire et théoricienne en sciences infirmières à l'université de Californie.

[56] BENNER P. ***De novice à Expert (Excellence en soins infirmiers)***. Issy les Moulineaux : Masson, 1995. 253 pages.

[57] ***Loc. Cit.***

Dans le but de développer sa démarche intellectuelle, la théoricienne expose le modèle d'acquisition de compétences de Dreyfus et Dreyfus[58], deux frères américains. Stuart Dreyfus[59] est un mathématicien et analyste des systèmes, tandis que son frère Hubert Dreyfus[60] est un philosophe. Le modèle qu'ils ont développé montre l'évolution de l'expérience par le développement des compétences. Il y a cinq stades de compétences :

- « *Stade 1 : Novice : Les novices n'ont aucune expérience des situations auxquelles elles risquent d'être confrontées* »[61]. Là, il peut s'agir du stade où des étudiants en soins infirmiers débutent leur formation initiale. Certains peuvent cependant avoir des connaissances théoriques sur certains modules, mais cela reste différent du stade suivant.
- « *Stade 2 : Débutant : Les débutantes ont fait face à suffisamment de situations réelles pour noter les facteurs signifiants qui se reproduisent dans les situations identiques. Ces facteurs comprennent l'ensemble des caractéristiques globales qui ne peuvent être identifiées que grâce à des expériences antérieures* »[62]. Ici, je peux identifier l'infirmier n°1 qui évolue depuis six mois dans le service où il exerce. En effet, il acquiert au fur et à mesure de son exercice des compétences et des connaissances supplémentaires. Aussi, ces compétences peuvent être développés grâce à la pratique régulière du raisonnement clinique ainsi que de l'échange avec ses collègues.
- « *Stade 3 : Compétent : L'infirmière compétente travaille dans un même environnement depuis 2 ou 3 ans. Elle commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs ou de plans à long terme dont elle est consciente* »[63]. L'infirmier n°2 pourrait s'identifier à ce stade au vu de son ancienneté.

---

[58] DREYFUS S. DREYFUS H. ***A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition.*** Berkeley, Californie : Reprint Mind over Machine, 1980. 18 pages.

[59] Docteur en mathématiques appliquées, professeur en génie industriel et de recherche opérationnelle américain.

[60] 1929 – 2017, docteur en philosophie et professeur américain.

[61] BENNER P. ***De novice à Expert (Excellence en soins infirmiers)***. Issy les Moulineaux : Masson, 1995. 253 pages.

[62] ***Loc. Cit.***

[63] ***Loc. Cit.***

- « <u>Stade 4 :</u> *Performant : L'infirmière performante perçoit la situation comme un tout, et non en termes d'aspects. La perspective n'est pas réfléchie mais se présente d'elle-même car fondée à la fois sur l'expérience et sur les événements récents. 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 pour faire face à ces événements. Ainsi, elle sait que ce qu'elle prévoyait ne se manifestera peut-être pas, mais l'expérience facilite sa capacité de réagir en fonction des priorités perçues* »[64]. Le mécanisme d'anticipation est plus ressenti à ce stade que dans ceux qui précèdent. En effet, l'expérience semble permettre l'anticipation d'une situation ou d'un soin par le vécu d'événements antérieurs plus ou moins répétitifs. Comme le cite Madame Benner, l'expérience va faciliter la réponse que va apporter l'infirmière. C'est peut-être ce qui explique que les infirmières n°3 et n°4 interrogées ainsi que le médecin soient à l'aise dans l'utilisation des PMA « si besoin ».
- « <u>Stade 5 :</u> *Expert : Sa grande expérience lui donne une vision intuitive de la situation et lui permet d'appréhender un problème sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics stériles* »[65]. L'infirmier n°1, jeune diplômé, dit ne pas se poser autant de questions que ses pairs lorsqu'il doit faire le choix d'administrer une thérapeutique prescrite en « si besoin ». En effet, les connaissances et les compétences acquises par la pratique de l'exercice infirmier semblent permettre une expertise dans ce domaine. Cette expertise a plusieurs vertus qui peuvent faciliter la prise de décision d'application des PMA « si besoin » ; c'est ce qui ressort des entretiens. L'infirmière n°4 peut elle aussi s'inscrire dans ce stade, en effet, elle évoque le fait de modifier seule les prescriptions médicales anticipées. Elle dit parfois faire le choix de ne donner que la moitié de la dose prescrite[66].

---

[64] ***Loc. Cit.***

[65] ***Loc. Cit.***

[66] Annexe V

Cette expérience peut être partagée. La collaboration entre infirmiers dans un service de soins, par exemple, peut permettre de réunir des infirmiers « débutants » et des infirmiers « experts ». Cela permet un échange et un partage de connaissances et de compétences qui peut faire évoluer les infirmiers dans les stades décrits par le modèle des Dreyfus. Inversement, de jeunes infirmiers peuvent aussi permettre un nouvel apprentissage aux professionnels plus anciens : c'est aussi ce que décrit l'infirmière n°4 en disant que les infirmiers nouveaux arrivants « *sont plus au clair avec les protocoles* »[67]. Ce travail d'échanges et de partages est permis par le travail en équipe.[68]

Pour conclure, voici ce qu'affirmait le psychologue et philosophe américain John Dewey[69] : « *L'acquisition dépend de la capacité de l'individu à observer et à analyser une expérience a posteriori* »[70].

b. Le raisonnement clinique accélérateur d'expérience ?

Une infirmière américaine, Madame Tanner[71] décrit le raisonnement clinique comme : « *processus par lequel les infirmières et les autres cliniciens portent des jugements. Ceci comprend le processus de formulation d'hypothèses, la confrontation des hypothèses aux données probantes et le choix de celle qui est la plus appropriée* »[72].

---

[67] Annexe V.

[68] DEVILLARD O. ***Dynamiques d'équipes***. Paris : Editions d'Organisations, 3ème édition, 2005. 44 pages.

[69] 1859 – 1952, philosophe et psychologue américain.

[70] KAROLEWICZ F. ***L'expérience, un potentiel pour apprendre***. Paris : Editions Harmattan, 2000. p.28.

[71] Infirmière américaine, auteure, universitaire à la haute université de santé de l'Oregon (Etats-Unis)

[72] AUDETAT M.C. LAURIN S. SANCHE G. ***« Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique : Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique ».*** In *Pédagogie médicale*, Novembre, 2011, volume 12, N° 4. Pages : 223-229.

C'est la compétence infirmière qui rentre en compte, la décision d'application fait suite au raisonnement clinique réalisé. Selon John Ballet, cadre de santé formateur en institut de formation en soins infirmiers, évoque ce raisonnement comme « *une démarche réflexive qui tend à mesurer les bénéfices de l'application de la prescription* »[73]. Cette démarche réflexive est apprise dès la formation initiale des infirmiers. Dans ce cas, l'expérience peut apporter une aise lors du raisonnement clinique réalisé par les infirmiers. Inversement, la pratique du raisonnement clinique lors de multiples situations permet l'acquisition de l'expérience.

La décision fait suite au raisonnement clinique réalisé par l'infirmier, le Nursing Executive Center propose une liste de compétences que les infirmiers doivent maîtriser pour réussir chacune des étapes de la prise de décision[74,75]. En lien avec l'expérience, la dernière étape de cette prise de décision est : « *La réflexion qui prévoit la remise en question des pratiques, l'application des nouvelles connaissances, le retour sur les « erreurs » et le partage des expériences* »[76]. Ce qui est intéressant c'est que l'auteur revient sur ce partage d'expérience sur lequel insistait un des infirmiers interrogés. Mis à part cela, il est aussi question du retour sur les erreurs, un gain en expérience ?

Le professeur émérite au département de sociologie de l'université de Montréal dit que « *l'expérience est l'acquisition de certaines connaissances au contact de la réalité et/ou de la pratique, à travers le temps, par des essais et des erreurs* »[77].

---

[73] BALLET J. ***« Le soignant à l'épreuve du « si besoin », entre éthique et politique ».*** [En ligne]. In *Ethique, La vie en question.* Janvier, 2016, LIPHA. (Consulté le 27/03/2019). Adresse URL : http://lipha-pe.u-pem.fr/revue-ethique/revue-ethique-detail/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=48409&cHash=3c3d2208b01e0eb95b8589ff6f88bb79.

[74] Annexe VII

[75] BERKOW S. VIRKSTIS K. STEWART J. ARONSON S. DONOHUE S. ***« Assessing individualfrontline nurse critical thinking »***. In *Journal of Nursing Administration*, Avril, 2011, volume 41, N° 4. Pages 168-171.

[76] ***Loc. Cit.***

[77] BARUS-MICHEL J. ENRIQUEZ E. LEVY A. ***Vocabulaire de psychosociologie***. Paris : Éditions Erès, 1ère édition, 2002. p.128.

Je souhaite rebondir sur cette définition et sur le mot « erreur » employé par ce professeur, ainsi que sur les sentiments que ressentent les infirmiers dans l'application des PMA.

Les entretiens et les mots utilisés par les soignants ont pu être analysés. Les sentiments de peur, d'angoisse, de craintes reviennent régulièrement chez le très jeune infirmier. Chez les autres soignants, l'espace de liberté qui est offert est souvent mis en lien avec la prise de responsabilité.

L'association de ces notions peut me permettre de déduire que le choix d'administrer une thérapeutique engage la responsabilité du soignant. La crainte pourrait être liée au risque d'erreur de la part de l'infirmier qui fait ce choix qui fait suite au raisonnement clinique.

Alors que l'ancienneté d'exercice et l'ancienneté dans un service permettent de prendre de l'expérience et d'acquérir et développer des compétences, le risque d'erreur reste présent.

L'erreur, c'est selon le CNRTL, le « *fait de se tromper, de tenir pour vrai ce qui est faux et inversement* »[78]. Concernant les PMA « si besoin », deux types d'erreurs peuvent être majoritairement commises : l'erreur médicamenteuse et l'erreur dans l'appréciation de l'état clinique d'un patient. Les erreurs médicamenteuses chez les infirmiers « *ne concernent que les actes de soins en lien avec l'administration d'un principe actif, préalablement prescrit par un médecin* »[79]. L'erreur peut avoir plusieurs impacts sur le patient, mais aussi sur le soignant.

---

[78] CNRTL. ***Définition de l'erreur***. [En ligne]. CNRTL. (Page consultée le 02/04/2019). Adresse URL : www.cnrtl.fr/definition/erreur.

[79] FRATTINI B. ***« Les erreurs médicamenteuses des infirmier(e)s ».*** [En ligne]. In *MACSF Le Sou Médical*, Avril, 2019. (Consulté le 02/04/2019). Adresse URL : www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Reglementation-et-actualite/Prevention-des-risques/erreurs-medicamenteuses-infirmiere.

Le professeur de médecine Éric Galam[80] affirme que : « *Les impacts de l'erreur médicale sur le personnel soignant peuvent être plus ou moins importants et influer sur les pratiques professionnelles, le rapport du soignant à ses patients et à son métier et sur sa vie privée* »[81]. Cette citation fait le lien avec les responsabilités prises par les infirmiers lorsqu'ils sont amenés à faire le choix d'administrer une thérapeutique médicamenteuse.

Une erreur a souvent des causes multiples et l'expérience peut être une ces causes si elle conduit à une baisse du degré de vigilance. Au vu du développement du concept de l'expérience, la faculté à réaliser un diagnostic infirmier ou la capacité à effectuer un jugement clinique pourrait être facilitée, justement, par l'expérience. En effet, le vécu de différentes situations peut être bénéfique dans ce genre de cas. Cependant, lors d'une erreur de jugement clinique qui provoque une erreur d'administration d'un traitement prescrit par PMA, l'événement doit être repris dès son origine pour comprendre cette erreur. Le fait que tous les soignants interrogés évoquent la prise de responsabilité, cela me laisse à penser que, malgré l'expérience, les soignants restent vigilants lorsqu'ils sont amenés à administrer une thérapeutique « si besoin » et donc à mettre leur responsabilité en jeu.

c. La responsabilité et la décision

L'idée de responsabilité semble être source d'inquiétude chez les infirmiers. Lors des entretiens réalisés dans le cadre de cette initiation à la recherche, certains disent même être anxieux ou avoir peur face aux responsabilités qu'ils prennent[82]. Un des infirmiers interrogés va jusqu'à déclarer que « *la responsabilité peut faire ralentir l'administration de la prescription médicale « si besoin »* »[83].

---

[80] Professeur de médecine générale français, université Paris Diderot

[81] GALAM E. ***L'erreur médical, le burnout et le soignant – De la seconde victime au premier acteur.*** Paris : Springer, 2012. 250 pages.

[82] Annexe III.

[83] ***Loc.Cit.***

Concernant les PMA « si besoin », lors de la phase de cheminement du questionnement initial de ce mémoire, au vu de la réglementation et de la législation en France, j'ai pu montrer que les infirmiers avaient autant de responsabilités dans l'administration d'un traitement prescrit systématiquement que dans une PMA « si besoin », et ce malgré la non-obligation d'application dans ce dernier cas.

J'ai pu constater que ce qui semble inquiéter les infirmiers, c'est le risque d'erreur dans leur jugement clinique lorsqu'ils administrent un traitement « si besoin ». A cause de ce risque d'erreur, la crainte de la responsabilité engagée peut donc aussi influencer la prise en soins du patient. L'expérience apporte un confort supplémentaire ; mais en est-il de même en ce qui concerne la conscience de la responsabilité engagée ?

Selon les Nouveaux Cahiers de l'Infirmière, la responsabilité, c'est « *le fait d'assumer les conséquences des actes que l'on commet ou de ses choix, d'accepter d'être vulnérable et de se remettre en question. C'est également être capable de prendre une décision ou agir, de s'impliquer et de s'engager* »[84].

La responsabilité de l'infirmier, c'est « *l'obligation faite à l'infirmier(e) de répondre de ses actes et de ceux qui ont été confiés aux auxiliaires et aux étudiants qu'il (elle) encadre ; elle découle de son habilitation à dispenser des soins* »[85]. L'avocat français Maître Devers[86], ancien infirmier hospitalier, docteur en droit écrit : « *Être infirmier(e), c'est prendre ses responsabilités pour assurer la meilleure prise en charge du patient* »[87]. Il s'agit donc d'engagement, de capacité à prendre des décisions et à en assumer les conséquences.

---

[84] LEDRO B. ***Nouveaux Cahiers de l'Infirmière : Définition de la responsabilité.*** Paris : Editions Masson, 2003.

[85] MAGNON R. DECHANOZ G. BEC J. ***Dictionnaire des soins infirmiers : Définition de la responsabilité infirmière***. Paris : AMIEC Recherche, ELSEVIER MASSON, 3ème édition, 2005. 2950 pages.

[86] Avocat français au Barreau de Lyon, infirmier de formation, docteur en droit, enseignant-chercheur.

[87] DEVERS G. ***Droit, Responsabilité et pratique du soin.*** Paris : Editions LAMARRE, 2007.

Il existe donc deux grands types de responsabilité : la responsabilité juridique et la responsabilité morale. La responsabilité de l'infirmier tient à l'une et à l'autre.

D'un autre côté, avoir le choix permet la prise de décision. Définition de la décision : « *Action de décider quelque chose ou de se décider, après délibération individuelle ou collective* »[88]. La prise de décision de la part des infirmiers est systématique dans les PMA. En effet, à la suite de leur raisonnement clinique, ils doivent décider d'appliquer ou non la prescription.

La décision implique la responsabilité : quelles peuvent être les conséquences d'une prise de décision ? Par ailleurs, alors que l'expérience peut influencer le raisonnement clinique et aider à la prise de décision, la responsabilité engagée est pourtant la même, quelles que soient l'ancienneté du diplôme et l'ancienneté dans le service.

Dans le cas où le raisonnement clinique est erroné et où l'infirmier a administré un traitement « si besoin » non nécessaire, si celui-ci a entraîné des complications pour le patient, alors la responsabilité juridique de l'infirmier est engagée. Cette responsabilité juridique s'établit donc après l'action, après examen de la situation pour vérifier si la responsabilité de l'infirmier est bien engagée. Gilles Devers a dit : « *Nous ne choisissons pas d'être responsable, cela s'impose à nous* »[89]. Quand ils prennent en soins les patients, les infirmiers peuvent donc ressentir une charge supplémentaire due à cette responsabilité : c'est ce qui ressort des entretiens.

---

[88] CNRTL. ***Définition de la décision.*** [En ligne]. CNRTL. (Page consultée le 11/04/2019). Adresse URL : www.cnrtl.fr/definition/decision.

[89] DEVERS G. ***« Responsabilité : un mot pour plusieurs significations ».*** In *Objectif soins et management*, Avril, 2015, N°235. p.16.

Dans le cas des PMA « si besoin », en cas d'erreur avérée de la part de l'infirmier, c'est la responsabilité civile et administrative de l'hôpital qui peut être engagée. Cette erreur peut être due à une négligence, à une imprudence ou à une inattention de la part de l'infirmier. La responsabilité de l'infirmier qui travaille dans le secteur public sera engagée dans le cas d'une faute personnelle à la suite d'un comportement inapproprié. Pour le soignant, il n'est pas toujours facile de faire la différence entre l'erreur et la faute.

Toujours dans le domaine de la responsabilité juridique, c'est aussi la responsabilité pénale qui peut être engagée. C'est le procureur qui est compétent pour établir la sanction pénale que va subir l'infirmier qui a commis une faute. Il peut être question d'atteintes volontaires ou involontaires (erreurs). Pour Maître Gilles Devers, la responsabilité pénale est celle qui est la plus redoutée des soignants[90]. En effet, l'infirmier, expérimenté ou non, n'est pas à l'abri d'une erreur. Maître Gilles Devers ajoute : « *Une infirmière est plus exposée en termes de responsabilité qu'un avocat* »[91]. Lorsque le soignant viole les règles professionnelles indiquées dans les articles R. 4312-1 à R. 4312-89 du Code de la Santé Publique, il peut être sanctionné à cause de ses actes, du fait de l'implication de sa responsabilité disciplinaire, par son employeur et/ou par le Conseil de l'Ordre infirmier notamment.

Concernant la responsabilité morale, le CNRTL définit ainsi la morale comme : « *Tout ensemble de règles concernant les actions permises et défendues dans une société, qu'elles soient ou non confirmées par le droit. Ainsi que l'ensemble des normes ou règles de conduite admises dans un domaine d'activité particulier, dans un groupe social particulier à une époque donnée* »[92].

---

[90] DEVERS G. ***Droit, Responsabilité et pratique du soin.*** Paris : Editions LAMARRE, 2007. p.57.

[91] ***Loc. Cit.***

[92] CNRTL. ***Définition de morale.*** [En ligne]. CNRTL. (Page consultée le 11/04/2019). Adresse URL : www.cnrtl.fr/definition/morale.

Selon l'infirmier-avocat Devers, selon lui 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* »[93]. Dans un autre ouvrage, il rajoute que c'est une sorte de culpabilité morale[94]. Dans un autre document concernant les infirmiers, il est précisé que la responsabilité morale « *repose sur la notion de devoir à l'égard des autres sans attendre de réciprocité ou de retour* »[95]. Ce serait, dans ce cas, une obligation que s'impose l'infirmier dans le but de réaliser des soins de qualité, et cela, en relation avec les valeurs et les croyances du soignant. Serait-ce cette responsabilité morale qui inquiète aussi les soignants ?

Un étudiant en soins infirmiers a écrit quelques lignes sur le sentiment de responsabilité morale. Dans son travail de fin d'étude, il reprend l'explication d'une psychologue clinicienne, Madame Maugin[96]. Celle-ci explique que le sentiment de cette responsabilité dans le soin 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* »[97]. Cela pourrait tenir à l'importance de l'obligation de résultat et de qualité des soins. L'obligation de résultat ne pouvant pas inquiéter l'infirmier en termes de responsabilité juridique, c'est donc peut-être la responsabilité morale qui est source d'anxiété chez certains soignants. Cependant, les infirmiers ne sont pas tous aussi à l'aise les uns que les autres ; aussi supportent-ils différemment le poids de cette responsabilité.

---

[93] DEVERS G. ***« Responsabilité : un mot pour plusieurs significations ».*** In *Objectif soins et management*, Avril, 2015, N°235. p.16.

[94] DEVERS G. ***Droit, Responsabilité et pratique du soin.*** Paris : Editions LAMARRE, 2007. p.57.

[95] PAILLARD C. ***Dictionnaire des concepts en soins infirmiers.*** Noisy Le Grand : Setes, 2ème édition, 2015. p.58.

[96] Psychologue clinicienne française.

[97] RENONCOURT G. ***Quand l'infirmier prend des risques***. La Roche Sur Yon : IFPS Vendée, 2016. 96 pages.

IV.2 Synthèse

Afin de synthétiser cette partie conceptuelle, il est nécessaire de rappeler la question de départ : **en quoi l'expérience peut-elle influencer le raisonnement clinique d'un infirmier lorsqu'il fait face à un choix thérapeutique ?**

En relisant les entretiens, on constate que « expérience » et « responsabilité » sont les concepts qui reviennent le plus régulièrement. Mais c'est le concept de « raisonnement clinique » qui permet l'articulation et l'enchaînement logique entre expérience et responsabilité dans le choix thérapeutique.

J'ai pu développer l'expérience en globalité à travers le mécanisme d'acquisition des compétences, ce qui m'a permis de faire le lien avec le raisonnement clinique que réalisent les infirmiers. Ensuite, le raisonnement clinique permet une ouverture sur plusieurs concepts différents : mon choix s'est porté sur celui de l'erreur afin de pouvoir faire le lien avec la responsabilité. Enfin, concernant la responsabilité, ce concept est si vaste que je ne l'ai que peu développé du fait des limites de ce travail de recherche. Cela m'amène à me poser encore d'autres questions, par exemple : est-ce que le sentiment de la responsabilité morale peut évoluer chez un infirmier lorsqu'il acquiert de l'expérience ?

L'expérience favoriserait l'acquisition de compétences supplémentaires : ces compétences permettraient-elles d'apporter un certain confort aux soignants ? C'est ce qui ressort des entretiens que j'ai réalisés. L'infirmier n°1 dit que les infirmières plus expérimentées ne se posent pas autant de questions que les jeunes diplômés comme lui[98]. A ce point de mes recherches, j'aurais aimé approfondir afin de savoir s'il évoque des difficultés concernant le raisonnement clinique ou le fait de prendre des responsabilités, ou les deux.

[98] Annexe II.

La prise de responsabilités est systématique chez les infirmiers. De toute évidence, cette situation peut impacter le ressenti de l'infirmier à cause des conséquences éventuelles. Cependant, après ces quelques recherches, il m'est impossible d'affirmer que la peur des responsabilités peut influencer le soin. Les soignants semblent avoir des valeurs, une morale et un vécu différents de l'un à l'autre, ce qui peut expliquer les expériences différentes et le rapport à la responsabilité juridique et morale différent d'un infirmier à un autre.

Les différents vécus, les compétences acquises et le rapport à la prise de responsabilité sont les éléments majeurs qui peuvent influencer l'infirmier dans son raisonnement clinique et induire la délivrance d'une thérapeutique. Malgré ces différences entre les soignants, le raisonnement clinique pourra être identique ; mais l'interprétation du résultat par l'infirmier ne sera pas la même d'un soignant à l'autre selon l'ancienneté, à la fois dans le service et dans l'exercice professionnel. De ce fait, c'est aussi la continuité du soin qui pourra être différente. Comme on l'a vu dans la situation exposée au départ, deux soignantes d'ancienneté différente analysent une situation identique : l'interprétation qu'elles en font est différente et la réponse thérapeutique aussi. Néanmoins, au plan juridique, aucune des deux ne commet d'erreur.

IV.3 Ouverture sur la recherche

Au terme de cette synthèse, il m'est difficile de d'affirmer que l'expérience peut influencer systématiquement le raisonnement clinique, au contraire, la pratique du raisonnement clinique semble permettre l'acquisition d'expérience. Cependant, dans la situation que j'ai vécue et dans mes recherches, j'ai pu constater qu'un jeune infirmier et un infirmier expérimenté peuvent avoir un raisonnement clinique identique.

A ce stade, je peux émettre l'hypothèse que l'expérience et le rapport à la responsabilité morale d'un infirmier peuvent influencer sa réponse thérapeutique après avoir réalisé son raisonnement clinique auprès d'un patient.

Dans une suite logique, en lien avec l'hypothèse posée, une enquête permettrait d'expliquer cette influence sur la réponse thérapeutique de l'infirmier. Malgré que les soignants évoquent que les PMA permettent une prise en soins rapide et une autonomie de l'infirmier ; certains jeunes infirmiers évoquent des sentiments d'inconfort lorsqu'ils sont seuls face à ces PMA. En tenant compte de l'évolution de l'expérience ainsi que le rapport à la responsabilité au cours de la pratique et dans une équipe, une nouvelle question de recherche se présente :

En quoi l'inconfort de l'infirmier dans le soin peut influencer la réponse thérapeutique ?

CONCLUSION

CONCLUSION

A la suite de l'analyse des entretiens que j'ai menés, mon questionnement initial a évolué. L'hypothèse de départ s'est enrichie de recherches conceptuelles. Ce travail de fin d'étude permet cette richesse. J'ai compris l'importance d'un plan de travail établi, organisé et ordonné afin de réaliser une recherche pertinente. La démarche de réflexion que permet la recherche est utile pour pouvoir expliquer, si possible, les situations de soins qui interrogent les soignants.

Je peux aussi transférer cette démarche de réflexion sur le raisonnement clinique. En effet, l'infirmier face à une situation est, dans un premier temps, un observateur. Puis il cherche auprès de plusieurs ressources des éléments supplémentaires afin d'effectuer une meilleure analyse clinique. Une fois cette analyse réalisée, il peut ouvrir une nouvelle réflexion avant d'établir un diagnostic infirmier. Enfin, il pourra mettre en place les actions de son rôle propre et prescrit dans sa prise en soins singulière d'un patient.

La réflexion sur le thème de départ de ce mémoire (les prescriptions médicales anticipées « si besoin ») m'a permis de me rendre compte qu'il était possible d'avoir plusieurs questionnements. Mes interrogations et mes lectures initiales m'ont poussé à orienter ma réflexion sur un concept qui revient souvent chez les soignants : l'expérience. Il fallait cadrer ce travail d'initiation à la recherche : l'exploration menée grâce aux entretiens avec des professionnels m'a invité à orienter ma réflexion vers les deux concepts phares de ma conception du soin : la responsabilité et le raisonnement clinique. Initialement, à travers ces entretiens, c'est le questionnement des infirmiers sur les PMA « si besoin » qui m'intéressait. J'ai pu comprendre l'importance et l'ampleur que prend l'expérience de l'infirmier dans ces prescriptions conditionnelles.

Les soignants interrogés mettent en avant l'importance de ces prescriptions. Ils sont tous conscients de l'autonomie de l'infirmier dans une situation de soins. Trois des cinq personnels médicaux et paramédicaux interviewés disent que les PMA sont une avancée et qu'il faut continuer de les faire évoluer. Comment ces prescriptions peuvent-elles évoluer sans susciter des inquiétudes supplémentaires ? Concernant le positionnement des infirmiers en pratiques avancées face aux PMA « si besoin », leur responsabilité sera-t-elle identique à celle des IDE ? Voilà des questions qui pourront faire l'objet d'une recherche ultérieure.

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

TEXTES REGLEMENTAIRES

- Article L. 4311-1 du Code de la Santé Publique.
- Article R. 4311-7 du Code de la Santé Publique.
- Article R. 4311-8 du Code de la Santé Publique.
- Article R. 5132-3 du Code de la Santé Publique.
- Circulaire N°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

DICTIONNAIRES, ENCYCLOPEDIES

- DELAMARE J. ***Garnier Delamare, dictionnaire illustré des termes de médecine : Définition de l'expérience.*** Paris : Editions Maloine, 24ème édition, 1997. 1095 pages.
- LAROUSSE. ***Dictionnaire Larousse : Définition de l'expérience***. Paris : édition Pierre Larousse, 2015. 1755 pages.
- MAGNON R., DECHANOZ G., BEC J. ***Dictionnaire des soins infirmiers : Définition de la responsabilité infirmière***. Paris : AMIEC Recherche, ELSEVIER MASSON, 3ème édition, 2005. 2950 pages.
- PAILLARD C. ***Dictionnaire des concepts en soins infirmiers.*** Noisy Le Grand : Setes, 2ème édition, 2015. p.58.
- REY A., REY-DEBOVE J., ROBERT P. ***Le Petit Robert de la langue française : Définition d'anticipation***. Paris : Le Robert, 64ème édition, 2015. 2588 pages, p. 151.

LIVRES

- ANAES. ***Recommandations pour la pratique clinique : Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs***. Paris : ANAES, 2002.
- BARUS-MICHEL J., ENRIQUEZ E., LEVY A. ***Vocabulaire de psychosociologie***. Paris : Éditions Erès, 1ère édition, 2002. p.128.
- BENNER P. ***De novice à Expert (Excellence en soins infirmiers)***. Issy les Moulineaux : Masson, 1995. 253 pages.
- BLANCHET A., GOTMAN A. ***L'enquête et ses méthodes : l'entretien.*** Paris : Nathan, 1992.

- BURUCOA B. ***Symptômes d'inconfort autres que la douleur en fin de vie.*** Bordeaux : Rev Part, 1999. 1051 pages (Volume 49).
- DEVERS G. ***Droit, Responsabilité et pratique du soin.*** Paris : Editions LAMARRE, 2007.
- DEVILLARD O. ***Dynamiques d'équipes***. Paris : Editions d'Organisations, 3ème édition, 2005. 44 pages.
- DREYFUS S., DREYFUS H. ***A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition.*** Berkeley, Californie : Reprint Mind over Machine, 1980. 18 pages.
- GALAM E. ***L'erreur médical, le burnout et le soignant – De la seconde victime au premier acteur.*** Paris : Springer, 2012. 250 pages.
- GIRARDIER J., BEAL J., ALAVOINE V***. Les situations extrêmes en soins palliatifs***. Dijon : USP La Mirandière, Infokara, 1995. p. 38.
- KAROLEWICZ F. ***L'expérience, un potentiel pour apprendre***. Paris : Editions Harmattan, 2000. p.28.
- LEDRO B. ***Nouveaux Cahiers de l'Infirmière : Définition de la responsabilité.*** Paris : Editions Masson, 2003.
- MORFAUX L., LEFRANC M. ***Nouveau vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines***. Paris : Editions Armand Colin, 2ème édition, 2005. p.185.
- POUCHOULIN P***. Impact de la collaboration entre médecins et infirmiers dans le cadre de prescriptions anticipées personnalisées à domicile : étude qualitative à propos de 9 patients suivis en 2010 par le réseau de soins palliatifs l'Estey***. Université de Bordeaux II, 2010. 310 pages.
- RENONCOURT G. ***Quand l'infirmier prend des risques***. La Roche Sur Yon : IFPS Vendée, 2016. 96 pages.
- REYMOND B. ***À la découverte de Schleiermacher***. Paris : Van Dieren, 2008.
- SCHLEIERMACHER F. ***Pour une logique du discours individuel***. Paris : Le Cerf, 1ère édition, 1987. 208 pages.
- SUTTER J. ***L'anticipation : Psychologie et Psychopathologie.*** Paris : Presses Universitaires de France – PUF, 1983. 240 pages.
- TWYCROSS R. ***Prevention of all the troubles of the dying***. Montréal : Rev Prat, 1986, 473 pages.

ARTICLES DE REVUES

- AUDETAT M.C., LAURIN S., SANCHE G. ***« Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique : Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique ».*** In *Pédagogie médicale*, Novembre, 2011, volume 12, N° 4. Pages : 223-229.
- BALLET J. ***« Le soignant à l'épreuve du « si besoin », entre éthique et politique ».*** [En ligne]. In *Ethique, La vie en question.* Janvier, 2016, LIPHA. (Consulté le 27/03/2019). Adresse URL : http://lipha-pe.u-pem.fr/revue-ethique/revue-ethique-detail/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=48409&cHash=3c3d2208b01e0eb95b8589ff6f88bb79.
- BERKOW S., VIRKSTIS K., STEWART J., ARONSON S., DONOHUE S. ***« Assessing individualfrontline nurse critical thinking »***. In *Journal of Nursing Administration*, Avril, 2011, volume 41, N° 4. Pages 168-171.
- DEVERS G. ***« Responsabilité : un mot pour plusieurs significations ».*** In *Objectif soins et management*, Avril, 2015, N°235. p.16.
- FRATTINI B. ***« Les erreurs médicamenteuses des infirmier(e)s ».*** [En ligne]. In *MACSF Le Sou Médical*, Avril, 2019. (Consulté le 02/04/2019). Adresse URL : https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Reglementation-et-actualite/Prevention-des-risques/erreurs-medicamenteuses-infirmiere.
- SANTE SERVICE BAYONNE ET REGION. ***« Prescription Anticipée Personnalisée (PAP) ».*** In *Soigner à Domicile*, page 3.

SITES INTERNET

- CNRTL. ***Définition de la décision.*** [En ligne]. CNRTL. (Page consultée le 11/04/2019). Adresse URL : www.cnrtl.fr/definition/decision.
- CNRTL. ***Définition de l'erreur***. [En ligne]. CNRTL. (Page consultée le 02/04/2019). Adresse URL : www.cnrtl.fr/definition/erreur.
- CNRTL. ***Définition de l'expérience.*** [En ligne]. CNRTL. (Page consultée le 16/11/2018). Adresse URL : www.cnrtl.fr/definition/exp%C3%A9rience.
- CNRTL. ***Définition d'interprétation.*** [En ligne]. CNRTL. (Page consultée le 12/11/2018). Adresse URL : www.cnrtl.fr/definition/interpr%C3%A9tation.
- CNRTL. ***Définition de morale.*** [En ligne]. CNRTL. (Page consultée le 11/04/2019). Adresse URL : www.cnrtl.fr/definition/morale.
- CNRTL. ***Définition de responsabilité.*** [En ligne]. CNRTL. (Page consultée le 12/10/2018). Adresse URL : http://www.cnrtl.fr/definition/responsabilit%C3%A9.

- LELIEVRE N. ***Les protocoles de soins validité et conditions d'application.*** [En ligne]. Infirmier.com, septembre 2013, (page consultée le 02/11/2018) Adresse URL : www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/les-protocoles-de-soins-validite-et-conditions-dapplication/print.html.
- UNF3S. ***Autonomie et Dépendance.*** [En ligne]. Université médicale virtuelle francophone : Support de Cours, 2009. (Page consultée le 10/11/2018). Adresse URL : http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/cours.pdf.
- WANLIN P. ***L'Analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretien.*** [En ligne]. Université de Québec. (Page consultée le 26/03/2019). Adresse URL : www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie-v3/Walin2.pdf.

DOCUMENTS NON PUBLIES

- LIRET S., CHEREL S., JACQUEMART C. ***Cours non publique : Responsabilité, UE 1.3 S1 TD de synthèse.*** La Roche Sur Yon : Institut de Formation en Soins Infirmiers, 2017.
- FRAPPIER L., BONNET B. ***Cours non publique : L'Analyse de Contenu, UE 3.4 S5 CM.*** La Roche Sur Yon : Institut de Formation en Soins Infirmier, 2018.

ANNEXES

ANNEXE I : Guide d'entretien

Questions aux infirmiers

1. Depuis quand exercez-vous le métier d'infirmier ? Dans quels services ? Depuis combien de temps dans le service actuel ?
2. Comment vivez-vous l'application d'une prescription médicale ? Qu'est-ce qui vous aide et quelles sont les difficultés ?
3. Lorsqu'il est question des PMA « si besoin » ces éléments précédents diffèrent-ils ? Quel est votre opinion ?
4. Comment prenez-vous la décision de l'appliquer ou pas ? Qu'est-ce qui vous aide dans cette prise de décision ?
5. Pensez-vous qu'il existe des différences entre les soignants dans les prises de décision d'application de ces PMA ? Si oui, quelles différences et pourquoi ?
6. Souhaitez-vous ajouter quelque chose à ce sujet ?

Questions au médecin

1. Depuis quand exercez-vous le métier de médecin ? Quel est votre parcours ?
2. Comment vivez-vous la prescription médicale ? Qu'est-ce qui vous aide et quelles sont les difficultés ?
3. Lorsqu'il est question des PMA « si besoin » ces éléments précédents diffèrent-ils ? Quel est votre opinion ?
4. Comment prenez-vous la décision de les prescrire ou pas ? Qu'est-ce qui vous aide dans cette prise de décision ?
5. Qu'attendez-vous des infirmiers lorsque vous prescrivez les PMA « si besoin » ?
6. Que pensez-vous de la prise de décision de l'infirmier face aux PMA « si besoin » ?
7. Pensez-vous qu'il existe des différences entre les soignants dans les prises de décision d'application de ces PMA ? Si oui, quelles différences et pourquoi ?
8. Souhaitez-vous ajouter quelque chose à ce sujet ?

ANNEXE II : Entretien n°1 IDE

Entretien n°1 : infirmier en réanimation, diplômé depuis 6 mois

Jeudi 6 décembre 2018, La Roche-Sur-Yon, durée : 26 minutes

Salutations entre IDE et ESI

ESI : Depuis quand exerces-tu le métier d'IDE ? Dans quels services ? Depuis combien de temps dans le service actuel ?

IDE : Ben ! moi c'est tout récent parce que j'ai été diplômé en juillet 2018, donc 6 mois. Depuis le début, je suis en USC (Unité de soins continus) et en réanimation. J'ai commencé en USC et après, au bout de trois mois, je suis passé en réa. Pour passer en réa il faut faire 15 jours de formation en interne.

ESI : Comment vis-tu l'application d'une prescription médicale ?

IDE : Ben ! euh ! déjà nous ça fonctionne par logiciel ; on regarde sur notre logiciel, et les nouvelles prescriptions des médecins, souvent c'est le matin, lors des visites. Donc on regarde la prescription ; moi je regarde, mais bien souvent je regarde pourquoi il la met (le médecin), donc bien souvent c'est logique par rapport à l'état du patient. Après je regarde les dilutions, combien de milligrammes ou grammes il faut dans combien, et souvent même nous, on réajuste derrière comment on passe le médicament, parce que généralement ce n'est pas adapté au patient. Donc on a un peu plus de liberté là-dessus.

ESI : Comment ressens-tu l'application d'une prescription médicale ? Est-ce que tu as un sentiment particulier ?

IDE : Bah ! ça dépend des prescriptions, ça dépend pourquoi elle est faite. Je ne mets pas un antibiotique comme je mets de l'Hypnovel® et de la Sufenta®, quand je sais que c'est pour une personne qui va…, une fin de vie en fait.

ESI : A travers l'application d'une prescription médicale, qu'est-ce qui t'aide et quelles sont les difficultés ?

IDE : Euh ! ben ! moi en tant que diplômé, enfin jeune diplômé, euh ! ce qui me fait peur c'est de ne pas savoir, de tout gérer le médicament, en fait. Parce que dans notre service il y a tellement de médicaments que je ne les gère pas tous dans le sens où je ne connais pas tout sur les contre-indications, les effets secondaires. Donc ça, ça me fait peur et comment le passer, en fait. Parce qu'il y a des protocoles dans le service qui sont à respecter. Donc voilà, ça c'est se renseigner avant comment je vais passer le médicament, et voilà, il y a une surveillance derrière à faire, il y a une toute une traçabilité pour certains médicaments à faire, ce n'est aussi pas angoissant mais ça rajoute une charge de travail supplémentaire. Quand je dis traçabilité c'est par exemple les médicaments qui sont dérivés du sang, albumine tout ça, les antibiotiques protégés, les médicaments onéreux, donc ça rajoute du travail.

ESI : Est-ce que l'équipe peut être une aide dans l'application des prescriptions médicales ?

IDE : Bah oui carrément, car dans le service on fonctionne, il y a 18 chambres de réa, et c'est divisé en 4 unités, et dans chaque unité il a 5 patients et on est 2 infirmiers et une aide-soignante. Donc du coup il y a toujours la collègue, qui est là et qui est plus expérimentée que moi, pour me dire « moi je le passerai comme ça », « moi je ferai comme ça ». Je suis ses conseils. Je sais qu'elle est plus expérimentée que moi. Après j'adapte aussi à mon patient, ça dépend de plein de choses, enfin le principal c'est que le médicament soit passé. Après c'est à nous en tant qu'infirmier de savoir si on le passe en per os, en perfusette, en pousse-seringue, faut voir selon l'état du patient. L'administration se fait vraiment selon l'état du patient, car on sait que certains médicaments ont une absorption plus rapide en veineuse que quand on le passe en oral, ou l'inverse.

ESI : Lorsqu'il est question de PMA « si besoin », ces éléments précédents diffèrent-ils ?

IDE : Bah ce qui est compliqué avec les « si besoin », c'est que c'est vraiment… ça part vraiment de notre jugement, en fait. Euh ! on les a en « si besoin ». Déjà nous, dans notre service, on a beaucoup de médicaments en « si besoin ». Il n'y a pas forcément de critères. Enfin les critères ne sont pas forcément très précis sur l'application de ce « si besoin ». Donc c'est vrai que j'ai remarqué : dans notre service, on était vachement autonome dans l'application de ces « si besoin ». Après, c'est pareil, ça dépend du médicament, ça dépend

comment on va trouver le patient. Voilà, mais c'est vrai que c'est difficile de juger pour savoir si on lui donne ou pas.

ESI : Sur quoi tu te bases pour savoir si c'est difficile ?

IDE : Ben ! euh ! moi, je sais que, personnellement, je vais prendre l'exemple d'un patient qui est intubé et ventilé, qui est en phase de réveil, un patient qui est OH chronique, qui est tabagique, et forcément le réveil est beaucoup plus difficile. Il va se désadapter du respirateur et il ne va pas être à l'aise, il va être complétement agité, et, du coup, souvent, on a des prescriptions de « si besoin » comme le Seresta®. Enfin on lui donne un anxiolytique, que ce soit du Tranxène® ou du Valium®, par les veines, enfin voilà ! Du coup, c'est vrai que j'essaye déjà, dans un premier temps, avant de lui donner, de le réinstaller, de le rassurer, d'appeler le médecin pour savoir s'il n'y a pas les paramètres du respirateur à modifier pour qu'il soit un peu plus à l'aise et qu'il se laisse ventiler. Euh ! et après si je vois que tout ça, ça ne marche pas, je lui donne le « si besoin ».

ESI : Quelle est ton opinion sur ce sujet ?

IDE : Ben ! moi je trouve ça bien dans le sens où, euh ! en tant qu'infirmier, ça nous laisse des possibilités, enfin des marges de manœuvre, en fait, et ça permet aussi de ne pas déranger le médecin pour un petit mal de gorge, en fait. J'avais l'exemple d'une patiente qui est là pour une myasthénie : sa sonde d'intubation lui faisait mal, et, le matin, le docteur m'a prescrit une prescription de « si besoin » d'Acupan®. Donc elle n'a pas eu mal la matinée et, en fin de journée, quand tous les médecins étaient partis, elle a eu mal. Le paracétamol ne faisait rien. Donc là j'avais le « si besoin » sous le coude pour lui donner, et ça a été efficace.

ESI : Donc, du coup, ça laisse de l'autonomie, on ne dérange pas le médecin, et donc en termes de responsabilité : qu'est-ce qu'il en est ?

IDE : Donc, du coup, ça nous donne plus de responsabilités. Après, je sais que les médicaments en « si besoin » dans le service ne sont que des médicaments qu'on maîtrise. Donc, voilà, on connaît leurs effets, leurs effets secondaires ; on connaît les contre-indications ; moi, je sais que l'Acupan®, c'est un médicament qui va majorer une tachycardie : si ma patiente avait de la tachycardie, je ne lui aurais pas donné. Voilà ce n'est pas des médicaments, comment dire ? compliqués et qu'on ne maîtrise pas. Pour quelques exemples :

le paracétamol. Souvent le paracétamol, c'est si douleur ou si température au-dessus de 38,5. il y a le Séresta® pour les gens qui sont en phase de réveil ou en DT (Delirium Tremens). il y a l'Acupan®, il y a la Morphine®. Pour la Morphine®, c'est à visée antalgique ou à visée de confort. Il y a tout ce qui est après les prescriptions médicales anticipées de la fin de vie, donc l'Hypnovel®, la Sufenta®, qu'on peut être amené à mettre, si on voit que le patient est inconfortable. C'est beaucoup les anxiolytiques, les antalgiques, la sédation de fin de vie, l'insuline aussi, car nos patients sont alimentés en sonde naso-gastrique ou par les veines, donc ils ont tendance à être en hyperglycémie. Donc là c'est pareil, on a les prescriptions d'insuline, mais tout ça, c'est géré par un protocole du service, qui nous dit que, si le patient est en hyperglycémie, on ajuste la dose d'insuline « si besoin ».

ESI : Il y a quand même une différence entre le protocole et la prescription médicale anticipée ?

IDE : Bon du coup oui l'insuline protocolisée, on l'a en « si besoin » et on le démarre quand le protocole nous le dit.

ESI : C'est vous qui demandez la prescription médicale anticipée « si besoin » au médecin ou est-ce l'inverse ?

IDE : Alors ça dépend des médecins, en fait : des médecins y pensent, des médecins vont mettre pour tous les patients du paracétamol, si, bien sûr, il n'y a pas de contre-indications. Ils vont le mettre en « si besoin » systématiquement, et il y a d'autres médecins où c'est nous qui demandons parce qu'on anticipe beaucoup la nuit, où la nuit il n'y a qu'un médecin et un interne pour les 30 patients du service. Donc nous, ça évite de les déranger parce qu'il y a un patient qui a mal à la tête, et que seul un Doliprane® suffit. Et donc, comme ça, on sait qu'on a le « si besoin », et ça évite de les déranger.

ESI : Comment prends-tu la décision de l'appliquer ou pas ?

IDE : C'est la clinique du patient, en fait, et puis ses plaintes : un patient qui est agité et qui n'est pas du tout adapté au respirateur, ça en est délétère pour lui ; donc là, je décide de donner le médicament, et après j'observe son effet : si je vois qu'il n'a rien fait, je ne vais pas lui en redonner derrière, mais je vais plutôt appeler le médecin et lui dire : « Voilà il s'est passé ça, j'ai donné le médicament « si besoin » ; ça n'a rien fait, qu'est-ce que je peux faire ? »

ESI : Qu'est-ce qui t’aide dans cette prise de décision ?

IDE : Oui, c'est la clinique du patient. Après je vais demander à mes collègues ce que je peux faire, avant de lui donner : est-ce que je peux essayer de lui faire un autre truc, un truc tout bête, un truc tout simple. Souvent les patients agités comme ça, en phase de réveil, on les réinstalle, on les rafraîchit, on essaie de mettre de la musique dans la chambre, on essaie de prendre du temps avec eux quand c'est possible, quand la charge de travail n'est pas importante. Des fois ça les calme, mais des fois non, et donc je demande des conseils à mes collègues.

ESI : Et les collègues apportent quelque chose en plus ?

IDE : Bah ! du coup oui ! elles ont des idées, elles ont l'expérience, elles vont chercher des trucs tout bêtes. Voilà ! mettre un gant sur le visage, mettre une serviette dans le dos du patient qui est en sueur (donc il sera un peu plus à l'aise), faire une ambiance dans la chambre qui sera un peu plus détendue, éteindre les lumières, mettre de la musique relaxante, toutes ces choses que peut-être nous, en tant que jeunes diplômés, on aurait plus tendance à oublier et à aller plus vite sur le « si besoin », parce que c'est la solution de facilité peut-être. Moi je sais que personnellement j'essaye, avant de donner le médicament, de faire sans. Mais dans le service, c'est très, très compliqué de faire ça.

ESI : Tu m'as parlé des effets positifs des PMA. Est-ce que pour toi il y a des effets négatifs ?

IDE : Oui ! parce qu’au final, c'est nous qui administrons le médicament, c'est nous qui décidons de lui donner ; donc oui ! Moi, des fois, ça me met mal à l'aise, je me pose toujours des questions pour savoir s'il en a besoin là, maintenant, si ce n’est pas trop tôt. Est-ce que c'est trop tard ? Est-ce que… ? Voilà ! Ça nous donne des responsabilités – que j'ai – mais ça fait partie de notre rôle. Mais ça nous donne beaucoup de responsabilités. Et après les médecins passent derrière et, des fois, ils me disent : « Pourquoi tu ne l'as pas donné plutôt ? » ou « Pourquoi tu lui as donné trop tard ? ». Enfin voilà ! moi ça me met mal à l'aise, des fois, dans l'appréciation, mais ça je pense que c'est propre à chacun et à ma jeune expérience, parce que les autres infirmières ne se posent pas autant de questions. Mais moi, je vois plus de positif à ces prescriptions médicales anticipées que de négatif.

ESI : Penses-tu qu'il existe des différences entre les soignants dans les prises de décision d'application de ces PMA ? Si oui, pourquoi ?

IDE : Oui ! clairement oui ! Je pense que chacun évalue selon ses représentations, selon ce qu'il voit, selon son expérience. Il y a des infirmiers qui vont donner tout de suite le médicament, et d'autres qui vont essayer et qui vont temporiser un peu, comme moi j'essaie de faire. Il y en a d'autres qui ne vont pas le donner du tout. Donc, non ! c'est très aléatoire, ça dépend vraiment du soignant. Mais comme les prescriptions médicales anticipées, ça dépend aussi des médecins… Par exemple, il y en a qui ne font pas les prescriptions médicales anticipées de paracétamol parce qu'ils veulent savoir que le patient chauffe et qu'il a mal. Voilà !

ESI : Tu as parlé de représentations, d'expérience. Justement, dans cette différence, qu'est-ce que tu peux dire à ce propos ?

IDE : Moi je pense toujours que c'est surtout l'expérience et la représentation qui parlent. Là, j'ai un patient, en ce moment, dont je m'occupe : c'est un patient qui est venu pour une détresse respiratoire à pneumocoques, un patient qui a 47 de fréquence respiratoire tout le temps, et, au début, du coup, il fallait donner du Séresta® pour calmer cette fréquence « respi » ; c'est sûrement un DT qu'il faisait derrière. Du coup, moi, j'ai trainé un petit peu avant de donner le Séresta®, mais le médecin est venu derrière en me disant : « Non, mais la prochaine fois, tu peux le donner plus tôt ». En fin de compte, on s'est rendu compte que le Séresta® ne faisait rien du tout. Donc voilà ! C'est difficile de se dire : « Je le donne ou je ne le donne pas ? » Voilà ! et, après moi, j'avais une collègue qui est passée derrière moi, et elle le donnait systématiquement ; elle donnait les systématiques et les « si besoin ». Voilà ! et du coup, elle ne savait pas, elle ne pouvait pas voir sans et avec le Séresta®, parce qu'au final elle donnait le « si besoin », mais il n'y avait aucun effet positif du Séresta®, et donc le patient avait des médicaments dont il n'avait pas besoin.

ESI : En lien avec l'expérience, pour toi, sur quoi se base peut-être l'expérience ? C'est l'expérience professionnelle, l'expérience personnelle ?

IDE : Pour moi c'est surtout l'expérience professionnelle, parce que je pense que si j'avais eu cette expérience, ce Séresta®, je l'aurais peut-être donné plus tôt au patient, parce que j'aurais su qu'il aurait eu un réel bénéfice. Je l'aurais peut-être donné plus tôt. Et puis

même les anciennes infirmières entre guillemets, elles sont, elles observent, elles le disent : « Je ne le sens pas, je donne ». Elles ont un pressentiment, parce qu'elles voient les paramètres qui ne sont pas bien. Si, l'expérience professionnelle fait beaucoup ! Elles ont vu des patients dans les mêmes situations, et ça s'est passé comme ça.

ESI : En termes de sentiments ou de ressenti, quel va être l'impact de la PMA sur le soignant ?

IDE : C'est sûr que quand on a des prescriptions médicales anticipées, on sait qu'on a des marges de manœuvre, on sait qu'on va pouvoir mieux soulager le patient et, oui, je pense que c'est pour une meilleure prise en charge du patient, parce que quand un patient ou une patiente ne va pas bien et que les antalgiques ne fonctionnent pas, c'est surtout les nuits, en fait, qui sont compliquées, car le médecin n'est pas forcément disponible. Voilà ! Ils ont 30 patients ; il suffit qu'il y ait des entrées qui arrivent : en réa, c'est des grosses entrées, où il faut beaucoup « techniquer », et les entrées peuvent durer pendant 5h. Donc si toi, tu as un patient qui n'est pas soulagé par le paracétamol, qui n'est pas soulagé par l'Acupan® et quand tu as besoin d'une titration de Morphine®, tu ne peux pas lui donner, parce que les médecins ne sont pas disponibles pour le prescrire, alors que s'il y a une prescription médicale anticipée « si besoin », on ne se pose pas la question, on voit que le patient n'est pas soulagé, on prépare la Morphine®, et voilà !

ESI : Donc il y a un bénéfice pour le patient et pour le soignant ?

IDE : Oui, pour les deux, parce que c'est hyper stressant, c'est hyper angoissant de ne pouvoir rien faire pour son patient, alors qu'on sait ce qu'il faut faire, on sait ce que le médecin va nous dire : « Voilà ! les autres n'ont pas marché, alors passez la Morphine® ! » Moi, je me souviens d'une patiente : elle était en train de décéder, clairement ; elle désaturait, elle ne devait pas être confortable. Il n'y avait pas prescription d'Hypnovel® et de Sufenta®, je n'avais rien pour l'endormir, même pas de Morphine®. Elle commençait à être polypnéique. Pour la détendre un petit peu, je n'avais rien. Du coup, cette dame, elle est décédée sans médicament juste en serrant ma main et un gant de toilette sur la tête, quoi ! C'est pour ça que, du coup, tu as l'impression de faire du mauvais travail, parce que les patients ne partent pas si confortablement que ça. Enfin elle est partie confortablement, mais elle aurait pu partir peut-être encore mieux. Donc, oui, je pense que ça a un réel bénéfice pour les patients ; et pour les soignants, on a l'impression de faire du meilleur travail quand on a ces marges de manœuvre.

ESI : Si je te demande 3 mots pour illustrer ces prescriptions médicales anticipées « si besoin » ?

IDE : Je dirais bénéfice, je dirais responsabilité, parce que, comme je te disais, ça nous donne des responsabilités en tant qu'infirmier – alors des responsabilités certes négatives, parce qu'on donne les médicaments de notre propre chef – mais au final on est couvert par le médecin derrière, parce qu'il nous l'a prescrit. Et souvent on a des conditions pour l'administration de ces médicaments. Donc voilà ! Et responsabilités positives, parce que c'est nous qui observons le patient et nous qui sommes auprès du patient, et le médecin, il ne le voit que 20 minutes dans la matinée, et, quand le médecin passe, souvent le patient, il est très bien, tandis que nous, on l'a pendant 12 heures, on suit son évolution et donc voilà la responsabilité positive, dans le sens où on peut appréhender le patient, sa clinique, donc ça, c'est bien. Et en trois, je dirais que c'est une avancée ; je trouve qu'il faudrait creuser dans ce sens, en fait. Toujours ! Bah ! déjà pour valoriser notre métier, car c'est nous qui sommes auprès des patients, on travaille en 12h, on voit notre patient pendant 12h. Je trouve qu'il faut continuer dans cette voie-là, il faut continuer pour les patients et pour nous, et puis même ça soulage aussi le médecin, car nous ne sommes pas tout le temps en train de les appeler pour passer du paracétamol ou autre chose.

ESI : Est-ce que tu souhaites rajouter quelque chose à ce sujet ?

IDE : Non, je trouve ça très intéressant, c'est original, je n'ai jamais entendu parler d'un mémoire sur ça, je n'ai rien de particulier d'autre à dire.

Salutations et remerciements entre IDE et ESI

ANNEXE III : Entretien n°2 IDE

Entretien n°2 : infirmier en pneumologie, diplômé depuis 3 ans

Vendredi 14 décembre 2018, Saint-Etienne du Bois, durée : 23 minutes

Salutations entre IDE et ESI

ESI : Depuis quand exercez-vous le métier d'IDE ? Quels services ? Depuis combien de temps dans le service actuel ?

IDE : Donc moi, je suis infirmier depuis 2015, j'ai travaillé quatre mois dans un service de diabétologie. Donc depuis novembre 2015 je suis dans le service de pneumologie**.**

ESI : Comment vivez-vous l'application d'une prescription médicale ? Qu'est-ce qui vous aide et quelles sont les difficultés ?

IDE : Alors, les prescriptions médicales, celles qui me viennent en premier à l'idée, c'est les prescriptions informatisées surtout, les prescriptions informatiques avec le logiciel. D'abord je me questionne sur le type de prescription : je sais qu'elles sont bien différenciées en fonction des différents types. Comment je les vis ? c'est peut-être plus facile d'appliquer une prescription qui est justement faite avec l'informatique qu'une prescription orale, on va dire. La prescription orale, j'ai tendance à la faire répéter, pour être sûr d'avoir bien compris, et de faire reformuler. Je mets peut-être plus de temps à appliquer la prescription orale que la prescription écrite, qui est peut-être plus claire, on va dire, voilà ! Ce qui m'aide quand c'est par écrit, c'est que j'ai une trace, j'ai de quoi lire. Donc c'est plus facile que la prescription orale. Et les difficultés ça revient un peu au même avec les prescriptions orales, la difficulté c'est être sûr d'avoir bien compris la prescription pour bien l'appliquer ensuite.

ESI : Lorsqu'il est question des PMA « si besoin » ces éléments précédents diffèrent-ils ? Quelle est votre opinion ?

IDE : Donc, prescription médicale « si besoin » … Bah ! après, j'accorde peut-être un peu moins de temps, on va dire. Le « si besoin », je l'utilise justement si j'ai un problème, si j'ai un patient qui a besoin de ce type de prescription. Après, quand je relève toutes mes prescriptions, j'accorde peut-être un peu moins de temps, même si c'est important de savoir

si elles sont faites et comment elles ont été faites. Mon avis, c'est que c'est très important qu'elles soient appliquées au maximum, qu'elles soient mises en place au maximum par les médecins. Comme ça, ça évite enfin... de perdre du temps quand on a des prescriptions anticipées. Globalement, oui, euh ! … je crois que c'est tout.

ESI : Pourquoi y aurait-il une perte de temps ?

IDE : Parce que, du coup, le temps que je sollicite le médecin (si on en revient aux prescriptions orales) pour qu'il me fasse une prescription et que je la mette en application, ça met plus de temps que si j'ai une prescription anticipée que j'ai déjà à ma disposition sous les yeux, qui est déjà claire et précise et que je peux appliquer d'un instant à l'autre.

ESI : Comment prenez-vous la décision de l'appliquer ou pas ? Qu'est-ce qui vous aide dans cette prise de décision ?

IDE : Ben ! … en fonction de l'évaluation clinique, de ce que peut me dire mon patient, de mon jugement clinique. C'est surtout par rapport à ça. J'évalue la situation avant de l'appliquer et, si besoin, j'utilise ce que je peux déjà avoir à ma disposition comme prescription basique si je puis dire, et, après, je ne l'utilise que si je juge nécessaire de l'utiliser.

ESI : Nécessaire, c'est-à-dire ?

IDE : Le « si besoin » pour moi c'est déjà avoir, en gros, épuisé toutes les…, avoir utilisé plusieurs choses. Ça ne se fait peut-être pas en première intention. Tu vois déjà tout ce que tu as à ta disposition avant de l'utiliser, si tu peux faire autre chose avant de l'utiliser. C'est peut-être plus ça.

ESI : Quels sont les médicaments que vous utilisez le plus en « si besoin », par exemple ?

IDE : Il y en a plusieurs. Ce qui me vient en premier à l'esprit, c'est surtout la prémédication anticipée antalgique et, au niveau sédatif entre guillemets, les sédatifs de fin de vie du type Hypnovel®. C'est ceux qui me viennent le plus en tête. Et, pour en revenir à ce que nous disions, ce qui va m'aider, c'est que j'ai tout épuisé. Comment dire ? J'ai fait tout ce que je pouvais faire et, si j'en arrive là, c'est que je n'ai pas le résultat que j'espérais. Donc c'est

une ressource en plus, on va dire. La difficulté, c'est peut-être quand… quand on va l'utiliser. Après, maintenant, c'est noté un petit peu, il y a des annotations pour être sûr de l'utiliser à bon escient.

ESI : Pensez-vous qu'il existe des différences entre les soignants dans les prises de décision d'application de ces PMA ? Si oui, pourquoi et quelles différences ?

IDE : Oui je pense qu'il y a des différences. Après, c'est mon avis… Comment dire ? Pour moi ce serait plus en lien avec l'expérience professionnelle : je pense qu'au début, quand on est jeune diplômé, on a peut-être plus de difficultés. Bah ! on n'a pas plus de difficultés, mais on est peut-être plus résistant à les mettre en œuvre. Car on a peut-être peur de ne pas les faire au bon moment (je pense peut-être à débuter de la Morphine® ou de l'Hypnovel®). On peut en avoir besoin, mais se dire : « Je ne le commence pas assez tôt ou, justement, trop tôt » (on va dire ça). Et après, avec l'expérience, je pense qu'on acquiert des connaissances qui nous permettent de savoir un peu mieux quand les utiliser. En plus de ça, il y a la connaissance du service et de ses spécificités, on peut dire… Si tu es dans ton service depuis…, tu peux avoir de l'expérience, mais débuter dans un nouveau service où il y a des médicaments peut-être un peu plus spécifiques, et que tu n'as pas l'habitude de les utiliser, tu vas peut-être mettre un peu plus de temps à utiliser le « si besoin ». Qu'est-ce que je pourrais dire d'autre ? Globalement je crois que c'est tout ce qui me vient à l'esprit.

ESI : A travers les PMA « si besoin », est-ce qu'il y a quelque chose qui vous interroge ?

IDE : Bah ! être sûr que je l'utilise à bon escient, on va dire, que c'est pour le bon… après, par exemple, y a la Morphine®, qui peut être utilisée à différents moments, que je l'utilise pour le bon…, au bon moment, au bon patient et pour la bonne raison, on va dire.

Interruption de l'entretien à cause d'une personne qui sonne à la porte d'entrée

IDE : Bah ! une prescription qui, par exemple, quand je regarde que j'ai une ligne de « si besoin » d'un traitement, mais je ne vois pas dans quel cas, pour ce patient-là, je pourrais l'utiliser… ça pourrait m'interroger, et je demanderais au médecin euh ! … dans quel but il l'a mise. C'est plus dans ce cas-là.

ESI : En termes de responsabilité, qu'est-ce qu'il en est ?

IDE : Bah ! Après, c'est la prescription à heure fixe qu'on donnera à tel moment. Bah ! du coup, c'est le médecin qui a délivré la date et l'heure, voilà, donc c'est systématique, donc là, il n'y a pas vraiment de questions à se poser. Mais pour les PMA, après, c'est parce que c'est aussi ma responsabilité ; elle serait un peu plus engagée, parce que là, c'est moi qui prends la décision de l'administrer à ce moment-là et à ce patient-là. Donc là, c'est à moi d'utiliser un peu plus mes connaissances. Et pour la différence entre les soignants, il y a une interprétation différente, par exemple, pour les douleurs : un patient, si on le trouve douloureux, en plus de ce qu'il peut nous dire, il y en a qui vont peut-être le mettre un petit peu plus tôt ou un peu plus tard en fonction des représentations de ce que tu peux avoir de la douleur ou de la prise en charge de la fin de vie avec les PMA.

ESI : Qu'est-ce qui va faire cette différence dans les représentations ?

IDE : C'est la représentation que chacun peut avoir en fonction de son vécu, en fonction de son expérience. Il va avoir des représentations différentes en fonction de son vécu, de ses expériences professionnelles et personnelles. Avec l'expérience, je dirais peut-être en fonction des représentations qu'on va avoir de la fin de vie avec tout ce qu'il y a autour, en fonction de représentation qu'on va avoir de la douleur. Si tu étais confronté plusieurs fois à la même situation, même si chaque situation est différente, il y a des choses qui reviennent à chaque fois et, bah ! tu vas peut-être être plus à l'aise dans telle ou telle situation, comme j'ai pu dire tout à l'heure, en fonction de tes connaissances, peut-être, avec une spécificité dans un service ou un autre, et si tu as été confronté à la fin de vie dans ton entourage et que voilà un patient qui t'y fait penser, tu peux faire un transfert. Donc je pense que ça impacte la façon dont tu vas prendre en soin et donc utiliser les prescriptions médicales anticipées « si besoin ».

ESI : Si je vous demande trois mots pour illustrer les PMA ?

IDE : Alors… C'est dur… La responsabilité, je dirais, que ce soit du point de vue du médecin qui prescrit ou de l'infirmer qui va l'administrer. Après, la responsabilité peut faire ralentir l'administration de la prescription médicale « si besoin », la peur de la responsabilité, vu qu'on engage notre responsabilité. Même si là, elle est prescrite par le médecin, c'est toi qui vas l'administrer, et c'est selon ton jugement clinique, donc ta responsabilité. Pour moi, c'est peut-être un peu plus dans le contexte de la nuit : c'est quand même une aide, parce que, du coup, tu te retrouves moins dépourvu, on va dire, que tu as quelque chose à faire si

le traitement systématique n’est pas efficace et n’a pas l’effet escompté. Sinon tu as toujours un médecin sur qui tu peux compter ; mais déjà, tu as quelque chose à mettre, et c’est une aide. C’est aussi être précautionneux, donc ne pas l’utiliser n’importe quand et n’importe comment, c’est l’utiliser à bon escient. Donc pour résumer : responsabilité, aide et précaution.

ESI : Souhaitez-vous ajouter quelque chose à ce sujet ?

IDE : Sur ce sujet ? Après, c’est vrai que c’est un large sujet qui peut… où les avis sont très différents, en fonction de ce que j’ai pu dire sur toutes les choses qui vont influencer sur ce sujet-là. Moi, je pense que c’est peut-être encore important que ce soit développé parce que, c’est vrai, en fonction des médecins ou du lieu d’exercice, c’est peut-être quelque chose qui peut ne pas être forcément utilisé à bon escient. Moi, de mon côté, là où je travaille, j’ai de la chance que ça soit bien utilisé, mais parfois ça pourrait être davantage utilisé. Donc, voilà !

Salutations et remerciements entre IDE et ESI

ANNEXE IV : Entretien n°3 IDE

Entretien n°3 : infirmière en soins de suite et de réadaptation, diplômée depuis 10 ans
Vendredi 21 décembre 2018, Montaigu, durée : 13 minutes

Salutations entre IDE et ESI

ESI : Depuis quand exerces-tu le métier d'infirmière ?

IDE : Depuis le 30 avril 2008, donc depuis 10 ans.

ESI : Tu as travaillé dans quels services ?

IDE : Ici, essentiellement en SSR, j'ai été sur le pool de remplacement, j'ai fait de la médecine, les 2 services, nuit-jour, j'ai fait quelques nuits aux urgences et j'ai fait quelques jours en EHPAD, mais, en gros, depuis août-septembre 2008, je suis ici en SSR et j'ai fait nuit et jour.

ESI : Comment vis-tu l'application d'une prescription médicale ? Qu'est-ce qui t'aides et quelles sont les difficultés ?

IDE : Je le vis bien, elles sont plutôt claires avec le médecin. Quand j'ai des soucis, je pose la question. Après, voilà ! rien de particulier.

ESI : Lorsqu'il est question des PMA « si-besoin », ces éléments précédents diffèrent-ils ? Quelle est ton opinion ?

IDE : Ça, les PMA, c'est plutôt rassurant, parce que on sait qu'on a ce qu'il faut en cas de problème, en cas de douleur, si angoisse, si… Voilà ! moi ça me ça me rassure. Après, on sollicite pas mal le médecin aussi pour en faire, souvent avant un week-end par exemple.

ESI : En quoi ça te rassure ?

IDE : Bah ! je sais que je ne serai pas obligée d'appeler le médecin pour faire quoi que ce soit : j'ai déjà tout ce qu'il faut comme prescription, donc ça peut permettre aussi d'aller plus vite, d'agir plus vite**.**

ESI : Quel est ton avis ou ton opinion sur les PMA ?

IDE : Moi je trouve qu'elles sont nécessaires, nécessaires pour une prise en charge rapide. Je reviens à ça en fait : comment on peut agir vite en cas de douleur. Voilà ! on n'a pas de questions à se poser ; on va voir le logiciel : on sait qu'on a tout ce qu'il faut, et voilà ! Ici c'est toujours précisé si c'est « si douleur » ou autre. Ça arrive rarement qu'il y ait « si besoin » tout seul. Ça m'est déjà arrivé de voir du « si besoin », souvent quand le patient vient juste d'arriver dans notre service. Donc des fois, on peut arriver à faire réajuster, et des fois c'est aussi avec l'expérience, par exemple faire une chose en particulier avant une autre.

ESI : Et donc l'expérience va jouer pour quelque chose ?

IDE : Je pense que oui. Je pense qu'on est plus à l'aise justement ; les traitements, on les connaît mieux et on connaît les surveillances à appliquer. Voilà ! Je pense que je ne réagissais pas pareil en début de carrière**.**

ESI : Comment prends-tu la décision de l'appliquer ou pas ? Qu'est-ce qui t'aide dans cette prise de décision ?

IDE : Bah ! déjà je vais regarder le traitement de base et la prescription médicale que le patient peut avoir en systématique. Par exemple pour les antidouleurs, s'il a eu un palier I en systématique, je vais regarder s'il n'y a pas de palier II, voire un palier III. Alors, en dehors des antalgiques, il y a aussi les anxiolytiques, les neuroleptiques : je vais me baser aussi sur le comportement du patient et sur ses dires, je me fie d'abord au patient et je regarde aussi ce que mes collègues ont pu faire auparavant et les transmissions ciblées**.**

ESI : Penses-tu qu'il existe des différences entre les soignants dans les prises de décision d'application des PMA ? Si oui pourquoi et quelles différences ?

IDE : Euh ! … Peut-être, il y en a qui n'osent pas donner des choses ou qui n'ont pas le réflexe de regarder ce qu'il y a dans les prescriptions. Je pense que c'est peut-être lié à l'expérience, je reviens à ça. Après c'est pareil pour les soins palliatifs : il y a des collègues qui ne sont pas à l'aise, et, par exemple, un hypnotique ou un anxiolytique, elles ne vont pas oser le faire.

ESI : Et pourquoi tu parles de soins palliatifs ?

IDE : Car c'est là que nous rencontrons le plus de PMA en général.

ESI : Et à part l'expérience, est-ce que tu penses qu'il y a autre chose qui entre en ligne de compte ?

IDE : Hum ! … peut-être la confiance en soi qui peut jouer un rôle : il y a des choses qu'il faut oser faire quand il y a besoin, et peut-être qu'on ne perçoit pas les mêmes choses non plus entre une collègue et une autre.

ESI : C'est-à-dire ?

IDE : Euh ! je ne sais pas, je n'ai pas envie de parler de la douleur parce qu'on est quand même toutes habituées, mais peut-être sur une agitation : voilà ! peut-être que l'interprétation sera différente.

ESI : Et ce serait lié à quoi ?

IDE : *(Rires…)* Encore à l'expérience, peut-être qu'il y a des soignants qui n'osent pas donner, car ils ont peur que les patients soient trop tassés par exemple, que cela entraîne des chutes. Voilà ! il y a peut-être de ça aussi, et quand on ne connaît pas très bien le patient il y a ça qui peut entrer en ligne de compte. Je pense à ça aussi d'un coup ! Euh ! on ne sait pas comment il va réagir ; on y va peut-être un peu à tâtons. Moi je serais plutôt euh ! … On essaye, on voit ce que ça donne et puis on en rediscute après ; et puis je n'hésite pas à en parler au médecin pour voir ce qu'il en pense et puis aux collègues, parce que c'est un travail d'équipe.

ESI : Les PMA, qui les demande ?

IDE : Nous, les infirmières. Mais après, comme je disais, le docteur du service en fait facilement aussi. C'est vrai que, des fois, on l'interpelle un vendredi, on va dire, pour savoir s'il est de garde ce week-end-là, sinon il nous fait tout ce qu'il faut en cas de besoin. Après, comme je disais, c'est surtout aussi pour les soins palliatifs, car quand on sait que ça peut se dégrader et qu'on a besoin d'un anti sécrétoire par exemple, ça nous laisse de l'autonomie.

ESI : Et en termes de responsabilité ?

IDE : Ça c'est pareil, c'est une question de confiance. Mais le docteur nous fait confiance ; il sait qu'on est habitué. Donc, c'est encore l'expérience qui fait que… je ne vois pas comme ça les choses. Ce ne sont pas forcément des responsabilités en plus ou en moins. Après, c'est peut-être aussi parce que je suis habituée à travailler ici avec ce médecin-là, et comme je dis, quand ça pose question, on en parle entre nous.

ESI : Maintenant, si je te demande 3 mots pour illustrer ces PMA, qu'est-ce qui te vient à l'esprit ?

IDE : Alors, trois mots ? … Alors, autonomie. Ça me permet de faire ; je juge moi-même ce dont j'ai besoin en fonction de la prescription. Je peux l'appliquer seule, je n'ai pas besoin du médecin, on va dire. C'est rassurant, comme je l'ai déjà dit tout à l'heure : si elles n'étaient pas là, on ne pourrait peut-être pas agir vite. Et le troisième mot…, c'est peut-être la responsabilité : je vais dire ça pour faire le lien avec ce que j'ai dit tout à l'heure.

ESI : Est-ce que tu souhaites ajouter quelque chose à ce sujet ?

IDE : Non ! Après, comme on pouvait le dire aussi tout à l'heure, c'est important qu'elles soient bien faites, que soient précisées les recommandations pour les appliquer. Je ne veux pas avoir seulement du « si besoin », car c'est une difficulté supplémentaire et peut-être une responsabilité en plus.

ESI : Qu'est-ce que tu en penses d'un mémoire à ce sujet ?

IDE : C'est la première fois que j'entends parler de ce sujet de mémoire, c'est intéressant et c'est une bonne chose à explorer.

Salutations et remerciements entre IDE et ESI

ANNEXE V : Entretien n°4 IDE

Entretien n°4 : infirmière en soins psychiatriques, diplômée depuis 33 ans

Lundi 24 décembre 2018, La Roche-Sur-Yon, durée : 50 minutes

Salutations entre IDE et ESI

ESI : Depuis quand exercez-vous le métier d'IDE ? Dans quels services ? Depuis combien de temps dans le service actuel ?

IDE : Alors, pour replacer qui je suis, je suis diplômée depuis 1985. Donc, du coup, j'ai commencé l'école en 1982. Donc l'école était ici, c'était l'école de psy, infirmière en psy. Après, moi, j'ai fait beaucoup d'arriérés profonds, 4 ans. Après, j'ai fait de la fédération de « gérontopsy » pendant 4 à 5 ans. Admission, j'avais déjà fait 2 ans d'admission. Après, moi je suis parti 8 ans en congé parental et quand je suis revenue, j'ai refait du long séjour. Puis je suis repartie dans le service adultes. Ici, dans le secteur, donc, depuis 2001-2002, donc ça fait 16 ans à peu près. Et en fait, dans ces 16 ans, j'ai fait 12 ans d'extrahospitalier, donc hôpital de jour et CMP (Centre médico-psychologique). J'étais aux appartements thérapeutiques et au CMP. Après, j'ai fait 4 ans de nuit-là et à l'unité intersectorielle, qui fait des lits de très, très, très longue hospitalisation pour tous les secteurs et 4 ans de nuit. Et là, je suis revenue de jour à partir de juin. Donc c'est nouveau finalement : ça fait 6 mois que je suis en alternance matin ou après-midi. Donc ça c'est un peu nouveau quand même.

ESI : Comment vivez-vous l'application d'une prescription médicale ? Qu'est-ce qui vous aide et quelles sont les difficultés ?

IDE : Alors, donc, du coup, le fait que je sois plus vieille maintenant dans le fait de gérer un petit peu les traitements… J'étais assez contre tous ces traitements qui cassaient complètement les personnes et je me suis rendu compte, au fil du temps, qu'il y en avait vraiment besoin pour calmer leurs angoisses, leurs délires, pour qu'ils aillent mieux, en fait, pour qu'on puisse entrer en contact. Et je me suis rendu compte de ce qu'est l'alliance thérapeutique. Le temps…, prendre son temps avec eux, expliquer les choses : c'était vraiment très important. Et euh ! … tout ça, tous ces phénomènes pouvaient amener à ce qu'ils acceptent mieux leurs traitements, en fait. Tu vois, les comprendre mieux nous-mêmes pour pouvoir les faire appliquer mieux. Perso, si quelqu'un ne prend pas son traitement un

soir, pour moi, c'est pas grave. D'accord ! effectivement, si c'est tous les jours, tous les jours, tous les jours, on en réfère au médecin, mais si un traitement n'est pas pris un soir, pour moi, ouais, c'est pas grave, parce que, bah ! ils sont tellement…, ils en ont tellement pris déjà ! Je vais employer un terme qu'il ne faut pas utiliser : ils sont « imbibés », en fait. Le traitement est dans leur corps. Alors qu'ils en prennent une dose en plus ou en moins, ça ne change rien. Donc, en soi, c'est pas grave, mais si ça se reproduit le lendemain ou le surlendemain, là on en réfère au médecin et puis on essaye de changer les choses : soit, justement, les traitements du soir sont trop calmants, enfin, la personne est trop fatiguée, trop endormie pour pouvoir passer sa soirée, bah ! on va les décaler de nous-mêmes. Par exemple si je ne donne pas un traitement le soir, je le décale au coucher. Et au coucher, ça serait mes collègues de la nuit qui vont les donner, d'accord ? S'ils ne sont pas donnés à ce moment-là, s'il y a eu un problème, une nuit, deux nuits, trois nuits, bah ! on en réfère et on revient aux mêmes choses, hein ! De toute façon, on parle toujours au médecin, mais de nous-mêmes on s'autorise à faire des petits ajustements entre collègues infirmiers en en référant au médecin le lendemain ou le surlendemain.

ESI : D'accord ! Donc ça c'est comment vous, vous êtes dans l'application des prescriptions médicales ?

IDE : Oui ça c'est la mienne en général : on fait appliquer le traitement, c'est important. C'est une prescription médicale, donc on le fait appliquer, tout en mettant ces petites réserves que moi je m'autorise, que mes collègues de nuit s'autorisent aussi, peut-être parce qu'on est vieux dans la profession, que nous, on n'a pas vécu avec ces protocoles. Tu vois ! les protocoles c'est comme si c'est comme ça. Nous, dans notre service, c'était le docteur G. qui était référent, le médecin psychiatre qui nous autorisait beaucoup de marge de manœuvre : on lui disait les choses, mais il nous couvrait. Donc voilà ! On est habitué à fonctionner comme ça. Maintenant il va falloir qu'on change, parce qu'il y a de plus en plus de protocoles ; c'est de plus en plus comme ci, comme ça.

ESI : Lorsqu'il est question des PMA « si besoin », ces éléments précédents diffèrent-ils ? Quelle est votre opinion ?

IDE : D'accord ! Donc voilà ! on est quand même assez libre, enfin… il y a traitement, on l'applique, OK ! Sauf que moi, j'ai un cas particulier. Le soir ma patiente me dit : « Moi je ne veux pas mon traitement du soir ! » Pas tout, les choses qui la sédatent le plus. « Moi je

préfère les avoir au coucher ! » OK ! on les met au coucher : on voit comment ça se passe. Si ça marche, tant mieux ! elle peut profiter de sa soirée, elle prend son traitement au coucher, elle dort toute la nuit, OK ! Après les traitements « si-besoin » comme on appelle les traitements anticipés, nous, on les met entre parenthèses, par exemple Dafalgan® entre parenthèses, Loxapac® entre parenthèses. « Si-besoin à fixer » c'est marqué en plus, donc le médecin donne le nom du médicament, il nous donne la dose, la prescription par exemple 1, et après c'est marqué « à fixer ». Donc, déjà, c'est à nous de fixer le moment le plus adapté pour nous et pour la patiente. Même, on peut ne pas lui donner. Mais, ce traitement « si besoin », je ne vais pas l'utiliser s'il n'a pas pris son traitement de base, d'accord ? Je vais quand même m'assurer qu'il a bien pris son traitement de base avant de lui donner autre chose en « si besoin », parce que le « si besoin », c'est là pour les moments d'angoisse plus intenses, pour les agitations plus intenses. Donc la base, c'est déjà qu'il prenne son traitement normal. Tu vois, par exemple, pour les paracétamols, on a quelques fois des prescriptions parce que des gens sont douloureux. Donc quand ils sont douloureux régulièrement, on a nos prescriptions ; quand ils ne sont pas douloureux régulièrement, du coup, nous, on s'autorise à le faire quand même, à donner un paracétamol (1g ou 500 mg). Actuellement, moi, j'essaie de donner beaucoup moins. Quand ils me demandent, je donne plutôt 500 mg que 1g., parce que, quelquefois, même le paracétamol a un effet placebo, d'accord ? Donc moi – là je parle pour moi, hein ! – j'utilise beaucoup ça, et, forcément, quand on a donné le traitement paracétamol, on en référera quand même à l'interne. On a un « somaticien » qui est là régulièrement ; donc on lui dit ce qu'on a fait, parce que le patient a eu besoin, il a eu une douleur dentaire ou parce qu'il a eu une douleur cervicale. Donc on ne laisse pas ça comme ça, on en réfère à notre « somaticien ».

ESI : Et donc, du coup, sur ces PMA « si besoin », est-ce que vous avez un avis particulier ?

IDE : J'en avais un. J'en ai un autre aujourd'hui. Donc, les deux positionnements : comme j'étais un peu contre tous ces traitements, j'avais du mal à donner les « si besoin », maintenant, je me suis rendu compte que s'ils le demandent, c'est qu'ils en ont vraiment besoin et que même, euh ! que même s'ils n'ont pas besoin, comment dire, euh ! véritablement si leur angoisse n'est pas si énorme que ça par exemple, le fait de leur donner un petit traitement, ça fait qu'on répond à leur demande à un moment donné, on répond à leur demande, on dit oui à cette demande, et, le lendemain où le surlendemain, bah ! il n'y aura peut-être pas cette demande, d'accord ? Parce qu'on a répondu à quelque chose, on a entendu la demande, on

a répondu et on passe un moment avec eux, parce qu'on ne sait pas que donner le traitement : ça ce n'est pas très intéressant finalement pour moi. Le plus intéressant, c'est de passer du temps avec lui. Effectivement, si je passe du temps avec lui, euh ! quelquefois il n'a pas besoin du traitement « si besoin », du traitement anticipé, parce que le fait de passer du temps avec eux, bah ! du coup, il n'y a plus besoin du « si besoin », du traitement médicamenteux, parce que, du coup, la relation est un traitement. Et moi, là je parle en tant qu'humain, infirmière psy et infirmière en général. Et voilà ! je préfère passer du temps avec eux et donc je vais aller au-delà, beaucoup plus loin. Si je n'ai pas ce temps avec eux, eux ne vont pas bien parce qu'ils sont toujours en demande, frustrés, parce qu'ils n'ont pas de réponse, et moi-même, je suis frustrée de ne pas avoir eu le temps de répondre à leur demande. Mais ça, ça va au-delà de votre mémoire.

ESI : Qu'est-ce qui a causé cette évolution entre ces deux points de vue-là ?

IDE : Aussi, je voulais dire quelque chose : s'ils sont sous traitement par anticipation, en « si-besoin », c'est qu'on s'est rendu compte qu'ils avaient ces besoins-là. D'accord ? Donc s'il y a ces besoins-là, pourquoi on dirait « non » ? Pourquoi on n'irait pas dans la prescription médicale ? On sait qu'il peut en avoir besoin, on nous autorise à les donner, donc on les donne, d'accord ? Mais, si effectivement le fait de parler avec eux, de dédramatiser la situation, si l'angoisse s'est arrêtée, que tout va mieux et que l'agitation s'est arrêtée aussi, il n'y a peut-être pas forcément besoin de donner.

Le téléphone de l'IDE sonne.

ESI : Qu'est-ce qui a fait cette évolution entre les points de vue sur les PMA ?

IDE : Eh bien ! parce que je me suis rendu compte que toutes ces angoisses, toutes ces agitations mettent tellement mal la personne, que si on peut faire autrement, si on peut les apaiser, et bien pourquoi ne pas le faire, quoi ? C'est dans le but de les apaiser, en fait, hein ! En fait c'est aussi parce que j'ai trente ans de vie en psychiatrie et à cause de tout ce que j'ai dit avant, en fait… C'est de répondre à un besoin, une demande. Ils n'ont pas beaucoup de monde, les patients, souvent, en psychiatrie. Du coup, c'est entendre, les entendre dans leurs souffrances et dans leurs demandes : ils manifestent quelque chose comme ça, en fait. Ce n'est pas forcément le « si besoin » qu'ils nous demandent. Ce dont ils ont besoin, c'est une relation, c'est qu'on les écoute, qu'on écoute leur souffrance, enfin c'est tout ça, en fait.

ESI : Quels sont les traitements que vous avez le plus en « si besoin » ?

IDE : Bah ! les antidouleurs et les traitements neuroleptiques, enfin neuroleptiques, anxiolytiques, on n'a pas beaucoup d'antidépresseurs en « si besoin », on a plutôt des choses qui apaisent. Donc comme je te dis anxiolytiques et neuroleptiques en cas d'agitation ou en cas de grosse angoisse grave, quoi, ! qui les empêchent de vivre, en fait, qui les empêchent de vivre avec les autres, qui les empêchent de vivre somatiquement, parce qu'ils ressentent de grosses douleurs et aussi pour faire la part des choses entre le psychique et le somatique, chose qui n'est pas facile quelquefois.

ESI : Et ces prescriptions, du coup, comment sont-elles prescrites ?

IDE : Nous, on a tout, en fait ; on a encore nos papiers et on a aussi la prescription sur ordinateur.

ESI : Du coup – quand c'est écrit – le traitement anticipé, c'est juste écrit « si besoin » ?

IDE : Alors en fait, c'est écrit entre parenthèses. Par exemple Loxapac® 50 mg, c'est écrit : « 1 (à fixer) ». Donc on peut ne pas le donner dans la journée, et puis à un moment donné, toi, tu es d'après-midi, tu te dis : « Ah ! là ! là ! La patiente elle n'est pas bien du tout », « je ne vais pas bien », « je suis angoissée », bon plein de choses, tout peut être dit, et là tu te dis : « Je lui donne ou je ne lui donne pas ? Donc tu as un collègue quelquefois à qui tu peux en parler, dire ce que tu fais, comment tu as fait hier : « Voilà ! qu'est que tu en penses ? » Voilà ! tiens, hier ça m'est arrivé, une dame très suicidaire, à qui on avait donné la veille un Loxapac® 25, qui avait été beaucoup plus apaisée. Donc je lui ai dit hier : « Qu'est-ce que tu en penses ? Est-ce qu'on lui donne ? » Il me dit : « Non attends, diffère, on va voir ! » Du coup, on est allé passer du temps avec elle, je lui ai donné une douche, et puis hop ça s'est passé, elle ne m'a rien demandé. Tu vois ! quelquefois, si on prescrit du Loxapac® 25 ou 50 sur une journée, que je vois que l'angoisse est là, bon, mais pas tant que ça, et qu'en fait, euh ! je vais avoir un moment avec elle, que je vais discuter avec elle, quelquefois je donne en deçà : au lieu de donner un Loxapac®50, je donne un Loxapac® 25. Comme ça, je laisse encore un 25 pour mes collègues pour la nuit par exemple ou pour ma collègue de l'après-midi, tu vois ? On essaie de penser, du coup on anticipe aussi sur ce qui peut se passer après, et moi, comme j'ai bossé de nuit pendant 4 ans, si tu peux te garder un petit « si besoin » pour les gens de

nuit, pour nos collègues de nuit parce que tu sais qu'elle peut péter les plombs la nuit, voilà ! tu laisses, sachant que la journée on a beaucoup plus de médecins. Donc nous, si on a besoin de quelque chose, on peut demander : c'est validé tout de suite. La nuit à 4 heures du matin, il faut appeler l'interne de garde, c'est un peu plus embêtant si tu n'as rien sous la main, voilà ! il faut demander. Nous, pendant la journée, on a toujours quelqu'un. Donc, on peut se garder cette marge de manœuvre. Donc, c'est un traitement par anticipation quelquefois.

ESI : Comment prenez-vous la décision d'appliquer une PMA ou pas ? Qu'est-ce qui vous aide dans cette prise de décision ?

IDE : Alors l'aide et la difficulté peuvent être les mêmes. Par exemple un collègue qui dit : « Ah ! non on ne va pas lui donner le si besoin, elle n'en a pas besoin. Hier je ne lui ai pas donné, parce que ci, parce que ça. » Bon OK ! Mais toi tu es la référente du groupe, toi tu penses que c'est important de lui donner, alors qu'est-ce que je fais ? Je m'écoute ou j'écoute ma collègue ? Qui quelquefois n'est pas du groupe, ma collègue. Donc hier, par exemple, j'ai écouté mon collègue : « Voilà ! j'ai décidé de faire comme-ci, comme ça, il n'y a pas eu besoin. » Alors, euh ! la question est : on se fait confiance ou on ne se fait pas confiance ? S'il y a un médecin autour de toi, bah ! tu peux lui demander, comme ça ça te rassure dans ta position. Euh, oui voilà, si je suis avec quelqu'un, je vais demander l'avis à ce quelqu'un ; si je suis toute seule, bah ! je vois d'abord dans quel état est la patiente, hein ! Si elle est, elle, en demande et que moi je vois que bon ! ça peut être différé, qu'aujourd'hui, non je ne pense pas que ce soit ça le problème, qu'avec une discussion, un bain, un shampoing, ça va se calmer, eh bien ! souvent je prends la décision et puis je suis juste avec ça, et je suis OK avec ça. Et si c'est un somnifère, parce qu'elle n'a pas dormi… par exemple, s'il est minuit et qu'elle n'a pas dormi encore et qu'on sait qu'elle ne va pas dormir avant 3 ou 4 heures du matin, bah ! alors voilà ! c'est aussi pour apaiser le patient. On n'est pas là pour déprimer, on n'est pas là pour les casser de médicaments, on est là pour trouver le juste équilibre entre le trop de médicaments, le pas de médicaments, trouver le juste milieu quoi, l'équilibre. Et puis je te dis encore, s'il est prescrit c'est qu'on sait qu'il peut en avoir besoin, donc si on l'a sous la main, ben voilà ! on l'utilise, ou alors, si on ne l'utilise pas, tu peux te dire, « Oh là là ! ça va monter dans les tours », enfin l'agitation va continuer, elle va être angoissée de plus en plus, elle va crier, elle va alerter, il va falloir – ça va être encore bien pire quelquefois – il va falloir faire appel aux renforts, à des hommes. Enfin voilà ! ça peut s'envenimer, alors que si tu avais répondu tout de suite à une angoisse ou à une agitation, voilà ! ça peut apaiser tout de suite les choses et puis voilà ! tu n'as pas après tout le… Donc c'est pour dédramatiser quelquefois

tout simplement et pour éviter que ça prenne des proportions trop importantes, où il faut appeler le cadre de garde, il faut appeler 4 hommes pour venir avec toi, pour faire une injection pour ci, pour ça, alors qu'un petit si besoin de Xanax® c'est tellement simple à donner, tu vois ? Ça répond à la demande, et ça évite que ça parte en vrille, donc c'est pour anticiper un peu, quand tu sais que ça peut vraiment dégénérer (si c'est un mot que je peux utiliser entre guillemets), que la situation peut dégénérer.

ESI : Pensez-vous qu'il existe des différences entre les soignants dans les prises de décision d'application de ces PMA ? Si oui, pourquoi et quelles différences ?

IDE : Oui, alors je te dis, justement, nous, les vieux, là, on a été bercé dans le… Nous, le médecin quand on est arrivé, quand je suis arrivée dans le service, donc il y a 16 ans, je lui dis « est-ce que je peux… ? », je ne sais plus ce que je voulais lui demander, et il me dit : « Madame B. vous voulez aussi que je tienne votre parapluie ? » Ça voulait dire : « Vas-y ! lâche-toi quoi ! vas-y ! Si tu as pensé qu'il faut faire ça, vas-y ! fais-le ! Forcément on en référait au médecin. Tout ça pour dire qu'il nous couvrait, qu'il nous faisait confiance. Si tu pensais qu'une visite à domicile était importante, qu'un entretien à un moment donné était important, que le si besoin qu'il avait prescrit est important et bah tu le donnes. Maintenant, on a des protocoles, maintenant on ne sait pas si on est couvert, finalement. On a confiance en nos médecins, les médecins ont confiance en nous, les cadres ont confiance en nous, on a confiance dans les cadres, mais s'il arrive un pépin… Donc on a de plus en plus de protocoles. Et euh ! on est obligé de les suivre, et donc un peu moins de liberté peut-être… Je ne sais plus ta question…

ESI : Pensez-vous qu'il existe des différences entre les soignants dans les prises de décisions d'application de ces PMA ?

IDE : Oui, forcément moi j'ai 30 ans ou plus d'expérience en psychiatrie, de travail, je prends de la bouteille. Euh, les patients ont confiance en moi, moi j'ai confiance, enfin je connais les patients, souvent, je connais mes cadres, mes cadres me connaissent, je connais les médecins, les médecins me connaissent. L'équipe me connaît, je connais les équipes. Si je prends la décision, c'est qu'elle est mûrie, d'accord ? J'ai pesé le pour, j'ai pesé le contre, je pense que c'est bien de la prendre, cette décision, sinon je ne la prendrais pas, ou je dirais oui, ou je dirais non, enfin voilà ! Peu importe la réponse finalement, on s'en fout. Soit on le donne, soit on ne le donne pas, mais on a une réponse. La différence, c'est être jeune ou vieux

dans la profession. Je ne suis pas en partance, mais quand même, tu vois, maintenant, je commence à penser au départ, alors qu'il me reste du temps. Euh ! je n'aurais peut-être pas pris ces mêmes décisions il y a 30 ans, d'ailleurs je ne les prenais pas, tu vois ? Maintenant je trouve qu'elles sont importantes à prendre, alors je les prends. Les jeunes ont de plus en plus, justement, ces protocoles au-dessus des épaules, en fait. Et je pense qu'ils se rassurent en ne prenant pas trop de liberté autour de ces protocoles. De ce qu'on peut comprendre, euh ! ça les rassure, et bah ! du coup, oui je te dis, ils se protègent là-dessous. Je ne sais pas si j'ai répondu. C'est ça, c'est des différences entre nous, et puis voilà ! jeune…vieux…, et aussi c'est, bah ! ta personnalité aussi qui joue là-dedans !

ESI : Et donc en quoi la personnalité va-t-elle jouer ?

IDE : Bah ! tu as des gens plus cadrants que d'autres. Tu as des gens moins cadrants que d'autres. Donc moi, je pense faire partie… je cadre, mais bon ! voilà ! tu as des gens qui disent : « Ce n'est pas prescrit de toute façon : je ne donne pas ! » ou, euh ! tu n'en as pas besoin ! » Enfin, c'est un raccourci hein ! on vouvoie les patients ici. Bah ! je ne sais pas si je peux aller plus loin, c'est une espèce de personnalité, de comment tu prends ton métier, comment tu prends la relation, comment tu te positionnes, comment c'est vaste ça. Par exemple, moi, j'ai un collègue, euh ! pour une personne qui a une douleur, elle a des placebos. Tu sais, les placebos, ça veut dire effet traitement, mais sans traitement dedans. Et, euh ! mon collègue me dit : « Bah ! moi je lui donne des placebos pour une douleur ». Pour un problème psychique, une grosse angoisse, bon ! j'aurais peut-être pensé à lui donner, mais pour une douleur, jamais je ne pense à ça. Tu vois ? ça c'est personnel, je ne pense même pas à ça,

ESI : Donc ça veut dire que si on prend l'exemple de la douleur, c'est qu'entre chaque soignant il y a une différence, peut-être une représentation différente de la douleur ?

IDE : Ouais, ce serait dû à l'expérience et à, aussi pour cette dame-là… Si tu veux… Comment expliquer en 3 mots ? Je préfère lui donner 500 mg de paracétamol de temps en temps, parce qu'elle se plaint de douleurs par-ci, de douleurs par-là. Euh ! c'est quelqu'un qui est connu pour avoir des douleurs somatiques énormes, qui est peut-être diagnostiquée comme hystérique, peut-être – on ne sait pas trop en fait – peut être comme borderline. Bref ! il lui faut des limites, c'est vrai. Mon collègue, homme, dont je te parle donne des limites, ce qui est bien – je n'ai pas d'avis à donner là-dessus – sauf que moi, elle me dit : « J'ai mal » ; ça veut dire : « Je souffre, psychiquement, somatiquement ! » Elle souffre. Si moi je dis, bah !

j'entends pas ça, on diffère des fois. Des fois, on le fait, on se dit, bah ! on va attendre une heure, on va voir… OK ! si je ne réponds à ce qu'elle me dit : « J'ai mal ! », si je n'entends pas « j'ai mal », pour moi, la relation est fausse, tu vois ! Il y a un problème de relation à ce moment-là : ça veut dire : « Tu n'écoutes pas sa douleur, tu ne réponds pas à son besoin, à sa demande ! » Des fois, je l'ai fait, mais parce que, voilà ! à un moment donné, elle veut tel médicament – par exemple elle veut un effervescent – et puis moi, je n'en n'ai pas. Donc je donne un comprimé, mais elle me dit, un moment donné : « Mais moi je préfère un effervescent ! » Je dis : « Bah ouais ! mais là je n'en n'ai pas ! » Elle l'a pris ; elle n'a rien dit. Tant mieux ! » Mais là, j'essaie de diminuer les doses, par contre, donc je mets des 500 mg, et finalement elle accepte, d'accord ? Mais je voulais dire un autre truc par rapport à elle : cette dame particulièrement, elle a beaucoup pris de paracétamol jusqu'à s'abîmer, même presque à tuer son foie, d'accord ? Donc elle a eu des hospitalisations, souvent, déjà ado, où elle prenait de grosses doses de paracétamol, où le foie, tu sais, aurait pu être endommagé. Et là, elle faisait des TS (tentatives de suicide) au paracétamol. Donc elle prenait une, deux, trois boîtes, je ne sais pas combien de milligrammes. Du coup, elle est retournée aux urgences, et elle avait un protocole à elle pour nettoyer l'estomac et tout, OK ? Là, on s'aperçoit que, depuis cet été, elle n'a plus de passage à l'acte comme ça, alors est-ce que c'est la vision de l'équipe qui a changé envers elle ? Est-ce que le fait de lui autoriser de temps en temps, de dire : « Oui ! OK ! on vous le donne ! » … Voilà ! pour dire que je préfère lui donner 500 mg de temps en temps que de lui dire : « Non ! non ! et non ! », et qu'elle se dise : « Je m'enfile 2 ou 3 boîtes » et qu'elle finisse aux urgences. Tu vois, depuis donc quelques mois, cette dame peut partir en permission, en week-end – permission, ce n'est pas beau – sans finir aux urgences, depuis plus de 6 mois maintenant. Alors qu'est-ce qui a changé dans l'équipe ? Est-ce que c'est notre vision de la prise en charge ? Je ne sais pas.

ESI : J'aimerais revenir sur deux choses : alors, d'abord, sur la différence que vous avez expliquée entre votre collègue et vous-même sur la vision de la douleur, sur la vision du « si besoin », vous pensez que ce serait lié à quoi ?

IDE : Mis à part l'expérience, il y a aussi le fait que pour cette patiente-là, euh ! … et qu'il y a un protocole : voilà encore un nouveau protocole qui est arrivé, où on ne ramène rien de l'extérieur. Donc cette dame, qui est en surpoids, qui a des douleurs, qui est connue pour avoir plein de douleurs, elle a essayé de chercher des moyens non médicamenteux pour soulager cette douleur, dont les trucs « hot-cold », les gels pour mettre sur ses épaules, voilà ! Et donc cette dame, elle avait acheté un « hot-cold » par ses propres moyens et moi je trouvais

ça super intéressant qu'elle trouve d'autres moyens non médicamenteux pour se soulager. Donc moi, j'étais contente : « Ouais ! vous avez trouvé un moyen pour vous soulager ! ». D'accord ! mais mon collègue, bah ! non ! Quelque chose arrive de l'extérieur, c'est non, on lui enlève. Du coup, on en avait un dans le pavillon. « Bon ! bah ! je me suis dit, je vais lui donner celui du pavillon ; il est à nous, donc voilà ! » Et puis le truc a disparu ! Bon ! voilà ! tu vois, c'est la petite histoire… On a des visions quand même différentes du soin.

ESI : Et ces visions-là, elles seraient dues à quoi ?

IDE : Je pense que c'est la prise en charge de la maladie psychiatrique en général. Moi, je suis de la vieille école, je pense, et j'ai, je peux dire, peut-être, un côté paternel, enfin plutôt limite, cadrant, voilà ! Et puis moi qui le fais aussi mais plus dans la relation, je veux dire plus entourant, plus cocooning… Voilà ! Donc évidemment, dans ton « si besoin », dans le « si besoin », moi j'essaie de mettre des trucs non médicamenteux. Par exemple, un Xanax® est prescrit, d'accord ? mais je vais aussi essayer de lui faire un petit massage, un touché de main, de lui demander d'aller dans sa chambre, de se poser, d'avoir d'autres moyens que d'utiliser les traitements en première intention. Donc pour moi, c'est un « si besoin » important ça, la relation par la parole, mais aussi je touche beaucoup moi, en fait. Je fais des petits massages sans que j'aie vraiment de formation. Mais je me dis, je leur demande ce qu'ils veulent d'abord, et pour moi c'est important, et quand je leur demande comment ils se sentent, ils se sentent apaisés. Donc pour moi, c'est important, ces touchés, ces petits massages, dans le haut du dos, dans les mains, voilà ! Donc c'est une autre vision du soin, c'est une autre approche. Je suis une fille, mes collègues peuvent être des hommes, donc tu vois c'est aussi je pense la vision de l'homme et de la femme, et dans les équipes on est moitié-moitié, donc de toute façon on a une espèce d'équilibre, tu vois !

ESI : Si je vous demande trois mots sur les PMA, lesquels vous viennent à l'esprit ?

IDE : Bah « si besoin », douleur, demande.

ESI : Est-ce que vous pouvez expliquer ces trois mots ?

IDE : Alors « si besoin » parce qu'on les appelle nous « si besoin ». Effectivement, ils sont prescrits à l'avance. En soi, ce sont des traitements anticipés, comme vous disiez, médicaux. Je n'ai pas dit quelque chose : euh ! si, par exemple, on donne beaucoup de

traitements neuroleptiques – et tu sais que les traitements neuroleptiques peuvent faire des raideurs, des phénomènes d'effets secondaires, souvent des problèmes parkinsoniens, de raideur de nuque, etc., de contractures – enfin bref… et donc on peut s'autoriser à appeler l'interne en disant : « Est-ce que je peux lui filer un Lepticure®, parce que là, il y a raideur de nuque ? » « OK ! fais-le ! » Donc on peut anticiper comme ça, et la prescription va se faire, par internet, en lien avec l'interne du service. Pour la douleur : répondre à la douleur, pour moi, c'est important, parce que cette douleur, elle est peut-être somatique ou psychique. Ils sont là parce qu'ils sont en douleur, sinon ils ne seraient pas là. Et ne pas répondre à leur douleur, à leur souffrance, pour moi, c'est… j'ai envie de dire, c'est intolérable, finalement. Ne pas leur donner du temps, c'est intolérable pour moi. Et parce qu'on est là pour leur donner du temps, c'est ça le premier « si-besoin » que j'ai envie de mettre, moi, en fait. Du temps, prendre du temps avec eux… Et j'ai envie de dire, jusque-là, si tu ne prends pas le temps avec eux, si tu ne leur donnes pas ce moment qui peut les apaiser, c'est frustrant. Ils peuvent le manifester, péter une assiette, élever la voix, te pousser ou pousser quelqu'un d'autre, et puis, du coup, t'es obligé de mettre un « si-besoin » et, du coup, tu es obligé de faire un appel à l'aide avec les DATI et tu as des mecs qui arrivent de partout pour arrêter la personne, pour injecter… enfin tu vois ! Donc le fait de dédramatiser tout de suite les choses, ça apaise. Et quand tu es en train de courir partout dans les couloirs et que les personnes sont là et te voient et te demandent si tu as le temps, alors que tu n'en as pas, la tension des patients monte et il peut arriver des trucs beaucoup plus violents après, dans la prise en charge. Et donc pour moi le temps c'est important. La relation est importante, par la parole, par le toucher, par la présence ou simplement par un entretien en dehors de tout le monde. Prendre du temps pour la personne, ça va dans tous les sens quelquefois. Tu commences à travailler et puis tu es demandé à droite, à gauche, et puis ça ne s'arrête jamais. Enfin, la demande c'est en lien avec la réponse forcément, parce que s'ils avaient tout ce dont ils avaient besoin, ils ne seraient peut-être pas là, forcément. Donc on est bien obligé de pallier, à un moment donné, quelque chose et de répondre à leur demande. Et effectivement, après, tu essaies de t'y mettre quand tu as le temps. Et quand tu as la personne depuis longtemps dans ton pavillon, et que tu as déjà mis des choses en place, tu peux dire là, aujourd'hui, que tu n'as pas le temps, mais que demain, on prend le temps, et puis voilà ! Quand tu es là 4 jours, tu vois, dans le même pavillon, sur ton même groupe, avec tes mêmes patients, tu peux mettre des choses en place parce qu'un jour où tu ne pourras pas avoir le temps de répondre à leur demande, quand tu n'as pas eu de réponse à leur donner ce jour-là, bah ! tu vas pouvoir leur donner le lendemain ou le surlendemain. Et puis tu te dis… Moi ça m'est arrivé un jour où il y en avait dans tous les sens, je n'avais pas le temps et je sentais que la tension montait. Et si tu dis que tu peux donner un

temps, la tension tombe, tu vois ? Moi j'essaie, quand j'arrive dans mon service, de leur donner du temps à tous. Donc ça passe par le tour de groupe en arrivant, faire le tour des chambres, tu vois des petites choses, et puis les quitter le soir et leur dire quand on revient, pour faire un lien au niveau du temps. Parce que ça passe par ça aussi, les rassurer au niveau du temps et dans l'espace, hein ! Souvent on dit qu'ils sont instables, machin, mais nous on peut les rassurer aussi par ça, par notre présence et notre non-présence, parce que du coup, quand même, nous on n'est pas là, bah ! il y a quand même un lien, il y a une espèce d'attachement. Je ne sais pas si tu as vu ça en psycho, c'est pas un vrai attachement car on n'est pas des enfants et des parents, mais on est des soignants et des soignés, et, du coup, euh ! comment dire ? tu as une espèce de résilience dans ta relation. Du coup, le fait de dire quand on revient : « Bah ! on est là quand même dans leur conscience » … et puis, bah ! après, tu as le relais des autres, nos collègues, voilà !

ESI : Souhaitez-vous ajouter quelque chose à ce sujet ?

IDE : Jamais je ne pensais accepter un entretien par rapport aux traitements, en fait. Je me suis dit que c'était un peu un challenge pour moi : je n'ai rien préparé. Voilà ! Je ne sais pas si j'ai répondu aux questions…

ESI : Ah ! si ! complétement. Il y a beaucoup d'éléments intéressants. Cela dit, que pensez-vous d'un mémoire sur ce sujet ?

IDE : Tout sujet est important de toute façon. S'il t'est apparu tel, c'est que pour toi c'était un sujet très important. Et toi ? Est-ce que je peux te demander pourquoi tu fais un mémoire là-dessus ?

ESI : (Explication de la situation vécue en stage)

IDE : D'accord ! c'est une situation très intéressante. Pour moi, cette vision, c'est comme si je redécouvrais les traitements, finalement, et je trouve que c'est plus facile d'utilisation. Et pour une petite conclusion, moi, pour éviter tout traitement médicamenteux, je vais passer par la parole, le toucher, la présence et si je vois que ça ne marche pas, je donne. Et si je vois que la veille ou l'avant-veille, il n'a pas dormi de la nuit parce qu'il n'a pas eu son somnifère, alors, je vais le lui donner. Ça sert à se réadapter, mais très franchement, c'est l'expérience qui joue.

Salutations et remerciements entre IDE et ESI

ANNEXE VI : Entretien n°5 Médecin

Entretien n°5 : médecin en soins de suite et réadaptation, diplômé depuis 30 ans
Jeudi 13 décembre 2018, Montaigu, durée : 16 minutes

Salutations entre MEDECIN et ESI

ESI : Depuis quand exercez-vous le métier de médecin et quel est votre parcours ?

MEDECIN : Alors, ça fait 30 ans que je suis « thèsé », depuis mars 1988, et je me suis installé en libéral le 1er avril 1988, et puis je suis à l'hôpital depuis 25 ans, je dirais, je ne sais plus depuis quand exactement. Je suis entré à l'hôpital, j'ai débuté par la médecine, ensuite du SSR, ensuite longue durée et puis du SSR. Et je continue toujours ma double activité, libérale et hospitalière.

ESI : Comment vivez-vous la prescription médicale ? Qu'est-ce qui vous aide et quelles sont les difficultés ?

MEDECIN : Je n'ai pas particulièrement de ressenti : c'est trouver le médicament ou la thérapeutique qui peut essayer d'améliorer au mieux l'état du patient. Tout en prenant en considération les effets délétères.

ESI : Concernant les prescriptions médicales anticipées « si-besoin », quel est votre point de vue et votre opinion **?**

MEDECIN : Alors moi, j'ai découvert ça dans les années 1999, quand j'ai fait mon DU (Diplôme Universitaire) de soins palliatifs. J'en faisais déjà un petit peu antérieurement, des prescriptions anticipées, mais c'est surtout là que j'ai pris conscience de l'importance des prescriptions médicales anticipées, pour le patient et pour les équipes. L'importance c'est d'avoir des réponses à apporter rapidement.

ESI : Donc c'est dans un but de rapidité ?

MEDECIN : Oui, c'est pour avoir une réponse rapide, sans être obligé de réaliser une cascade de démarches pour avoir une réponse. Donc rapidité pour le patient, et c'est plus de

facilités et de soulagement pour le soignant. Il sait qu'il a quelque chose à proposer s'il est en difficulté face au patient et ses demandes.

ESI : Comment prenez-vous la décision de les prescrire ou pas ? Et qu'est-ce qui vous aide dans cette prise de décision ?

MEDECIN : Alors la difficulté c'est d'anticiper les éventuelles difficultés du patient. C'est ça, savoir ce qui peut se passer qui puisse justifier un traitement, voilà ! Donc ça, on essaie de travailler et d'en discuter en équipe – notamment au cours de la visite avec l'infirmière – et de voir quelle situation peut se présenter et qu'est-ce qu'on peut mettre face à ça. Donc voilà ! ça c'est la difficulté. Après, c'est toujours d'être le plus précis dans la réponse, justement de ne pas utiliser le « si besoin » tout seul et d'essayer de bien cibler la plainte qui pourrait apparaître ou la gêne que pourrait avoir le patient pour donner une réponse précise. C'est basé sur l'anticipation.

ESI : Qu'attendez-vous des IDE lorsque vous prescrivez les PMA « si besoin » ?

MEDECIN : J'attends qu'elles les utilisent, déjà ; qu'elles ne se mettent pas en difficulté et qu'elles ne mettent pas en difficulté le patient et/ou sa famille en n'utilisant pas une PMA. Après ce que j'attends, c'est aussi qu'elles me fassent remonter l'information sur les éventuelles nécessités de prescription.

ESI : Donc comme vous l'avez dit, à chaque fois vous que prescrivez du « si besoin » vous précisez les cas : où et comment les utiliser ?

MEDECIN : Oui systématiquement. C'est-à-dire que Morphine® « si besoin », moi, je ne fais pas. Je ne sais pas ce que ça veut dire. Est-ce que c'est Morphine® parce qu'il y a douleur ou parce qu'il y a Morphine® parce qu'il est « polypnéique » ? Parce que ce n'est pas la même chose ! Donc c'est pour ça que je précise au maximum les choses lors de la prescription, pour qu'elle soit la plus claire possible.

ESI : Le risque, c'est quoi ?

MEDECIN : Le risque c'est ce que j'ai eu il y a 48 heures sur une entrée : il y avait du Doliprane® « si besoin », il y avait de la Morphine® « si besoin » sous forme injectable, il devait y avoir un Oxynormoro® « si besoin ». Donc voilà ! l'infirmière fait quoi ? Donc là, le but était de classer les choses pour qu'il y ait une hiérarchie dans la réponse, parce que, voilà ! après on se retrouve avec trois prescriptions différentes pour la même chose : alors le risque, c'est qu'une infirmière qui n'a pas l'habitude commence par la Morphine®, alors que le paracétamol aurait suffi, voilà ! C'est toujours essayer d'être le plus précis possible et, dans la mesure où c'est nécessaire, de faire une première prescription. Et si elle ne suffit pas, c'est d'avoir une deuxième derrière, voir une troisième, pour qu'il y ait toujours une réponse à apporter au patient.

ESI : Que pensez-vous de la prise de décision de l'IDE face au PMA « si besoin » ?

MEDECIN : Je ne sais pas vraiment comment elles travaillent, mais, justement, si les choses sont bien précisées et claires, je pense que c'est beaucoup plus facile pour elles de prendre une décision et d'appliquer la prescription que lorsqu'il y a trois prescriptions différentes pour la même chose, cas où elles sont un peu plus dans le flou. Je pense qu'il faut être clair pour que l'infirmière ait une réponse claire à donner. En tous cas c'est le sentiment que j'ai.

ESI : Pensez-vous qu'il existe des différences entre les soignants dans les prises de décisions d'application de ces PMA ? Si oui, pourquoi et quelles différences ?

MEDECIN : Moi, dans le service, je pense qu'elles ont l'habitude de les appliquer, voilà ! parce qu'elles sont prescrites, donc elles sont là pour être faites. Après je pense que oui ! il y a des gens qui sont plus à l'aise avec cet espace de liberté qu'on leur laisse par rapport à d'autres. Je pense que ça peut être lié au caractère, je dirais, à l'habitude, à l'expérience, voilà ! Après, je sais qu'il y a des services, même s'il y a des prescriptions anticipées… Notamment, quand je suis de garde, on m'appelle pour savoir si on peut utiliser les prescriptions médicales anticipées ! Donc parfois, je ne comprends pas, dans ce cas-là, pourquoi avoir une prescription médicale anticipée s'il faut demander l'avis d'un médecin pour appliquer la prescription médicale anticipée !

ESI : Dans votre parcours est-ce que, face à ces prescriptions médicales anticipées, vous avez évolué ? Sur le nombre de PMA ?

MEDECIN : Je n'ai pas l'impression que j'en fais plus. Je n'ai pas l'impression que j'en fais moins. Non ! Je pense qu'il y a une certaine continuité et une stabilité dans les prescriptions. Alors elles ne viennent pas forcément… enfin je veux dire la mise en place d'une prescription anticipée ne vient pas forcément toujours de moi, mais d'un retour notamment de l'infirmière sur une éventuelle difficulté qu'elle suspecte et qui pourrait, la nuit, mettre en difficulté sa collègue. D'où l'intérêt du travail en équipe.

ESI : Si je vous demande trois mots par rapport au PMA « si besoin » ?

MEDECIN : C'est une bonne question (*rires…*) : l'anticipation, il y a le confort.

ESI : Pour ?

MEDECIN : Le couple soignant-soigné, et pour le troisième mot je dirais : sécurité.

ESI : Pourquoi ?

MEDECIN : Parce qu'il y a un cadre qui est posé. Donc l'infirmier ou l'infirmière sait où il/elle va, et le médecin qui a fait les prescriptions anticipées sait lui aussi où il/elle va. Et le confort, c'est aussi pour le médecin de garde, qui ne se fait pas réveiller en pleine nuit pour une prescription (*rires…*)

ESI : Souhaitez-vous ajouter quelque chose à ce sujet ?

MEDECIN : C'est une invention géniale (*rires…*) et, surtout, depuis 1999, moi, j'en utilise beaucoup. Au tout début, on nous regardait un peu bizarrement sur les prescriptions anticipées, notamment lorsqu'il était question des soins palliatifs, alors qu'aujourd'hui, c'est rentré dans les logiciels, c'est prévu de faire des prescriptions anticipées, chose qui n'existait pas il y a une vingtaine d'année. Mais ce n'est pas réservé à la douleur : je vois maintenant les anesthésistes utiliser ça pour les poussées hypertensives ou des choses comme ça, même d'autres symptômes. Non ! je veux dire que ça a considérablement évolué depuis une vingtaine d'années. Et c'est un sujet très intéressant.

Salutations et remerciements entre MEDECIN et ESI

Annexe VII : Liste de compétences en 5 étapes

Source : BERKOW S. VIRKSTIS K. STEWART J. ARONSON S. DONOHUE S. ***« Assessing individualfrontline nurse critical thinking »***. In *Journal of Nursing Administration*, Avril, 2011, volume 41, N° 4. Pages 168-171

Tableau 1 Compétences nécessaires aux diverses étapes de la prise de décision

Le *Nursing Executive Center* propose une liste de compétences que les infirmières doivent maîtriser pour réussir chacune des étapes de la prise de décision. Ces étapes sont :
1. *La reconnaissance du problème* qui comprend l'anticipation et la reconnaissance des signes de détérioration.
2. *La prise de décision clinique*, dont la formulation d'hypothèses, la prise en compte des impacts possibles de la décision et l'intégration des principes directeurs des protocoles.
3. *La priorisation*, entre autres l'urgence, la séquence des soins et le partage des tâches.
4. *L'application clinique*, soit la réalisation d'un plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI) ou d'un plan thérapeutique infirmier (PTI) scientifiquement rigoureux qui réponde aux besoins du client et de la communauté.
5. *La réflexion* qui prévoit la remise en question des pratiques, l'application des nouvelles connaissances, le retour sur les « erreurs » et le partage des expériences.
Source : Berkow *et al.*, 2011.

L'INFIRMIER ET LE « SI BESOIN », une simple application ?

Les prescriptions médicales anticipées (PMA) « si besoin » sont des prescriptions médicales que les médecins prescrivent « au cas où ». Leur rôle est d'autonomiser les infirmiers, seuls face à un patient, dans la délivrance d'une thérapeutique, dans le but d'optimiser la prise en soin d'un patient. Concernant ces PMA, le jugement clinique de l'infirmier prend tout son sens. Mais qu'en est-il de l'interprétation du « si besoin » par les professionnels ? Comment les infirmiers et les infirmières se positionnent-ils face à ce choix de thérapeutique que permet la prescription ? Suite aux entretiens exploratoires, la recherche évolue vers l'expérience et la prise de responsabilité dans l'application des PMA.

Mots-clés : Prescription Médicale Anticipée – Infirmier – Responsabilité – Expérience – Jugement clinique

THE NURSE AND THE « SI BESOIN », it is a simple application ?

« Early Medical Prescriptions "si besoin" » are medical prescriptions that doctors prescribe "in case". Their role is to empower nurses who are alone in front of a patient and facing the delivery of a therapeutic treatment and in the aim of optimizing the patient's care. With respect to these early medical prescriptions, the nurse's clinical judgement makes sense, but what about the health professional's interpretation of the notion of "si besoin" ? How do nurses position themselves in the face of this therapeutic choice that the prescription allows ? Following the interviews, the research is evolving towards experience and responsibility in the application of early medical prescriptions.

Keywords : Early Medical Prescription – Nurse – Responsability – Experience – Clinical Judgment