

Institut de Formation en Soins Infirmiers

Centre Hospitalier Guillaume Régnier

108 Avenue du Général Leclerc

BP 60321

35703 RENNES CEDEX 7

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

**Le dépassement de compétences et
l'intégration d'un nouvel arrivant**

Nom : Allain Prénom : Pierre

Promotion : 2017-2020

Sous la direction de : Monsieur Jean-Jacques REHEL.

Soutenance : 03/06/2020

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE
Pôle Formation-Certification-Métier

Diplôme d'Etat : INFIRMIER

Travaux de fin d'études : Le dépassement de compétences et l'intégration d'un nouvel arrivant

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 :
« Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

Mémoire d'initiation à la recherche en soin infirmier :

Le dépassement de compétences et l'intégration d'un nouvel arrivant

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat INFIRMIER est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le : 01/05/2020

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

L'écriture de ce travail n'aurait pas été la même sans certaines personnes.

Le premier de mes remerciements va à mon directeur de mémoire Monsieur Jean-Jacques REHEL pour m'avoir accompagné au cours de cette période particulière ainsi que pendant les trois ans de formation. Sa disponibilité, la pertinence de ses remarques et son humour ont été des qualités indispensables pour m'aider à mener à bien cet écrit.

Merci aux infirmiers qui ont accepté de répondre à une interview. Leurs arguments, leur réflexion et leur expérience ont nourri ce travail d'une façon que je n'aurais pas imaginé.

Je tiens aussi à remercier ceux sans qui on ne peut se construire : les amis. Les premiers des premiers, mes fiers Malouins ! Je pense aussi aux compagnons du ScienceCrew et à leur folie joyeuse ! Et je n'oublie pas les soignants de demain qui sauront être les chats sauvages de la profession !

Merci à tous ceux qui m'ont conseillés et que j'oublie de citer.

Mon dernier remerciement, qui n'est pas des moindres, va à ma famille pour les nombreuses relectures et conseils avisés. Mais aussi et surtout pour leur infinie patience.

Table des matières

I.	Introduction	- 1 -
II.	Emergence de la question de départ.....	- 2 -
	II.1 - Situation d'appel :	- 2 -
	II.2 Questionnement :	- 4 -
	II.3 Question de départ :	- 5 -
III.	Cadre conceptuel	- 5 -
	III.1 Introduction.....	- 5 -
	III.2 Le protocole médical.....	- 5 -
	III.3 Le dépassement de compétences	- 7 -
	III.4 La responsabilité infirmière	- 9 -
	III.5 L'intégration d'un nouvel arrivant	- 12 -
IV.	Méthodologie	- 16 -
	IV.1 Le choix de la population pour l'interview	- 16 -
	IV.2 Choix des outils de l'enquête.....	- 16 -
	IV. 3 Le déroulement de l'enquête	- 17 -
	IV.4 Limites de l'enquête.....	- 17 -
V.	Résultats de l'enquête.....	- 18 -
	V.1 Le protocole de soins.	- 18 -
	V.2 Le dépassement de compétences	- 19 -
	V.3 La responsabilité infirmière.....	- 21 -
	V.4 L'intégration d'un nouvel arrivant	- 22 -
VI.	Discussion	- 23 -
	VI.1 Les protocole de soins.....	- 23 -
	VI.2 Le dépassement de compétences.	- 24 -
	VI.3 La responsabilité infirmière.....	- 25 -
	VI.4 L'intégration d'un nouvel arrivant	- 26 -

VII. Conclusion..... - 28 -

Bibliographie

Annexes

I. Introduction

Pour clôturer notre formation en soins infirmiers, nous devons réaliser un travail de fin d'études qui permet de nous initier à la démarche de recherche en sciences infirmières. Cet exercice permet de se positionner en tant que futur professionnel de santé sur un thème choisi et de proposer une réflexion.

Que l'on soit étudiant infirmier ou infirmier diplômé nos actes sont encadrés et répertoriés dans un texte de loi appelé : le Code de Santé Publique. Aussi, chaque professionnel est tenu d'exercer son art sans dépasser les limites de son champ de compétences.

Au cours de mes stages, j'ai pu constater que la réalité est différente de la théorie et qu'il est parfois difficile pour les infirmiers de respecter leur cadre d'exercice. J'ai moi-même pu faire cette expérience, de réaliser des soins qui ne sont pas du ressort d'un infirmier. Et bien que ce soit dans un service dit « technique » je me suis rendu compte de cette réalité, c'est quelque chose que j'ai pu observer dans tous les services dans lesquels j'ai pu accomplir un stage.

La situation que j'ai choisie de présenter m'a fortement impacté. Elle m'a permis de prendre conscience que le dépassement de compétences était une réalité à laquelle les soignants sont confrontés chaque jour et qu'il ne peut être réduit au seul fait que le cadre légal ne soit pas respecté.

Pour commencer, je partagerai la situation sur laquelle je me suis appuyé pour ce travail. Elle sera suivie par les questionnements ayant donné naissance à ma problématique de départ. Ensuite, je définirai et exploiterai les concepts de celle-ci pour apporter une première réflexion. Puis je présenterai la méthodologie que j'ai utilisée pour mon enquête de terrain qui s'effectuera auprès de plusieurs infirmiers, ainsi que son déroulement. Pour finir, après avoir analysé les résultats des entretiens, je les utiliserai et les confronterai aux données présentes dans mon cadre conceptuel.

II. Emergence de la question de départ

II.1 - Situation d'appel :

Le semestre 3 de ma formation d'infirmier débuta par l'entrée en stage. Pour ma part, il se déroula en service de Réanimation en Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire. J'eus la chance de découvrir pendant sept semaines un service ô combien technique, mais demandant de nombreuses connaissances théoriques de physiologie ; notamment en cardiologie ; de pharmacologie et surtout une capacité aigüe à faire des liens. Je pus constater l'implication de l'équipe dans le bien-être des patients, la gestion de la douleur et leur travail constant dans la relation soignant-soigné.

Commencer la deuxième année par un stage comme celui-ci représentait un challenge, une nouvelle expérience excitante apportant avec elle son lot d'appréhensions. Les premiers temps me demandèrent un réel effort pour soutenir le rythme de ce stage. L'intégration de savoirs - théoriques et techniques - le travail de recherche sur les pathologies rencontrées, la consolidation de savoir déjà acquis, l'entraînement sur des gestes techniques, la prise de connaissances des protocoles du service etc... remplirent mes journées.

Petit à petit je trouvai mon rythme, à force de répétitions je pris de l'assurance dans ma pratique, dans mon positionnement vis-à-vis de l'équipe et des patients. Avec le temps, elle me laissa plus d'autonomie, preuve de sa confiance en mon travail. Cela me permit d'être plus attentif à certains détails que je voyais et que je pouvais faire, notamment le dépassement de compétences.

En effet, certains gestes effectués par les infirmiers (IDEs), ne sont pas des actes considérés comme relevant de leur domaine ; que ce soit en rôle propre ou prescrit. Pour cela je souhaite évoquer un soin qui est effectué par les IDEs, aidés par les aide-soignant, et prescrit par les médecins : l'ablation de drains médiastinaux et pleuraux.

Dans cette situation je participais à la prise en charge de Monsieur L, 76 ans, hospitalisé pour un œdème aigu pulmonaire (OAP) ischémique.

Pour rappel, l'OAP est une accumulation de liquide dans les espaces extravasculaires pulmonaires inondant les alvéoles. Il peut être une conséquence d'une pathologie cardiaque. Transféré de Fréjus, lieu de vacances, il rentre au bloc pour un double pontage et une plastie de la valve mitrale.

L'intervention se passe bien, rien de particulier n'est transmis. Le patient sort avec un Pacemaker en mode sentinelle. Il lui est injecté en continu de la noradrénaline (vasoconstricteur) et de la dobutamine (tonicardiaque). De plus, il lui sera posé 4 drains.

Ces drains sont de deux types :

- Médiastinaux (x2)
- Pleuraux (x2)

Les drains thoraciques médiastinaux sont des tubes insérés dans la cage thoracique pour drainer le sang péricardique après une chirurgie cardiaque. Le risque lié à l'accumulation de sang dans l'espace péricardique est de provoquer une tamponnade : la pression due aux liquides accumulés comprime le cœur et l'empêche de se contracter correctement, entraînant une insuffisance circulatoire aigue. C'est une urgence vitale. Les drains sont reliés à une « valise » permettant de récupérer le sang, de quantifier les écoulements (productifs, peu productifs) et d'observer leur aspect (sanglants, séreux-sanglants, séreux, purulents). Cette valise est reliée à un système d'aspiration facilitant l'évacuation des liquides.

Les drains thoraciques pleuraux suivent le même principe que ceux décrits précédemment. Ils sont mis en place afin d'évacuer l'air ou les liquides qui peuvent se déverser entre le feuillet pariétal et le feuillet viscéral de la plèvre. Ainsi, on évite aux poumons d'être comprimés et on limite le risque d'insuffisance respiratoire.

A J-1 post-opératoire, les drains sont productifs, l'aspect est séreux-sanglant et ils bullent par intermittence. On surveille le bullage des drains car cela peut indiquer la présence d'un pneumothorax.

A J-2 post-opératoire les drains sont peu productifs et les écoulements ont un aspect séreux. A la radio, on observe une bonne expansion pulmonaire.

Le médecin prescrit donc l'ablation des drains.

Ainsi au cours de l'après-midi, l'IDE se prépare pour l'ablation et demande à l'aide-soignant (AS) du secteur de l'assister. Je m'étonne auprès d'elle car l'ablation de drains thoraciques est un acte médical. Elle m'explique alors que, dans le service, les médecins prescrivent l'ablation et les IDEs exécutent l'acte, aidés par les AS. L'IDE expose le soin au patient, lui indique qu'il devra bloquer sa respiration lorsque l'AS tirera sur le drain pour le faire sortir, l'IDE s'occupera des sutures. L'ablation est effectuée rapidement.

Une fois le geste accompli, le soignant qui m'encadrerait me propose de consulter le protocole d'ablation de drains du service. Un extrait du protocole est fourni en annexe

(annexe 1). Il détaille les étapes de cette technique et les conditions pour l'exécuter en sécurité. Mais il apparaît également, dans la partie « exigences à appliquer », l'article R.4311-7 indiquant que l'infirmier peut procéder à l'ablation de drains « *à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux* ».

Malgré l'autorisation écrite sur le protocole, l'article cité est extrait du Code de la Santé Publique et précise que l'IDE n'est pas habilité à l'ablation des drains pleuraux et médiastinaux.

Aussi je m'interroge : est-ce du dépassement de compétences ? Et si c'était le cas, qu'est-ce qui pousse ces soignants à sortir de leur champ de compétences ? Qu'en est-il de leur responsabilité ? Un protocole est-il au-dessus de la loi ? Quels sont les risques pour le patient ? Et quels sont ceux pour le soignant ?

II.2 Questionnement :

Afin de trouver ma problématique de départ j'ai cherché à comprendre ce qui, dans cette situation m'interpellait, me surprenait voire me dérangeait. Le milieu de la santé est un domaine qui possède des codes écrits, définissant les rôles et actions de chacun. J'étais donc surpris de constater que des infirmiers fassent un acte médical.

J'étais perdu. D'un côté un texte de loi indiquait explicitement que c'était un acte médical, de l'autre un protocole de service autorise les infirmiers à effectuer ce soin. Qui croire ?

De plus, avec ces deux textes qui s'opposent, je me demandais ce qu'il en était de la responsabilité des soignants si d'aventure un problème survenait. Qui serait déclaré responsable ?

Au cours de l'année et des autres stages je me suis attaché à chercher des exemples de dépassement de compétences. Je voulais voir si c'était spécifique à un service ou à un type de service. Et si moi aussi j'en faisais.

Constatant que ce sujet me suivait peu importe le service, je suis convaincu de son importance. Et c'est un sujet de plus en plus présent dans mon esprit à mesure que je me rapproche de l'obtention du diplôme. Est-ce que moi, futur infirmier, je suis prêt à exécuter des actes ne faisant pas partie de mon champ de compétences et en assumer la responsabilité ?

II.3 Question de départ :

En quoi un protocole médical autorisant un dépassement de compétences impacte-t-il la responsabilité infirmière et l'intégration d'un nouvel arrivant ?

Avec cette question je cherche à comprendre ce qu'est un protocole médical et comment il peut influencer une pratique soignante. De plus, j'aimerais comprendre la notion de dépassement de compétences, la façon dont ce concept est perçu par les professionnels et les motivations les poussant à agir ainsi. Je souhaite également découvrir le lien entre le concept précédent et la responsabilité infirmière. Pour finir, je chercherai à déterminer s'il y a un lien avec la première partie de ma question et l'intégration d'un nouvel arrivant.

III. Cadre conceptuel

III.1 Introduction

C'est dans cette partie de mon travail que seront développés les concepts que j'ai choisi d'étudier. Leur exploitation permet un apport théorique référencé dans la littérature de recherche provenant parfois de disciplines variées (droit, sciences infirmières, sciences sociales...) et de suivre mon raisonnement pour l'avancée de cet écrit.

Les concepts étant issus de la question de départ, aussi leur développement suivra le même ordre. J'aborderai tout d'abord la notion de protocole médical, suivie par celle du dépassement de compétences. Je poursuivrai par le concept de responsabilité infirmière et terminerai par l'intégration d'un nouvel arrivant.

III.2 Le protocole médical

Le protocole médical est une notion rencontrée régulièrement dans la profession infirmière. Que ce soit à l'hôpital ou bien dans un autre mode d'exercice, l'infirmier y est quotidiennement confronté. Après avoir effectué des recherches, il semble que le terme protocole médical soit un abus de langage. Dans la pratique

professionnelle, on parle plutôt de protocole de soins. C'est donc le terme que j'utiliserai pour ce travail.

Selon le Larousse, un protocole (venant du latin protocollum et du grec prôtokollon et signifiant ce qui est collé en premier) est un document regroupant un « *ensemble de règles et de questions définissant une opération complexe* »¹. L'opération complexe peut-être aussi bien une expérience scientifique qu'une opération chirurgicale.

Selon la juriste Stéphanie Tamburini, le protocole de soins est « *un descriptif des techniques à appliquer et/ou des principes et des consignes à observer dans certaines situations et dans l'administration des soins.* » C'est « *un guide d'application des procédures de soins* ».² Il permet à l'infirmier, d'agir, sans l'aval du médecin, lorsque la situation à laquelle il est confronté correspond à celle décrite dans le protocole. Les actes encadrés par ce type de protocole sont donc des actes relevant du rôle prescrit de l'infirmier. Cependant, il relève du rôle propre de ce dernier de connaître les protocoles du service dans lequel il exerce et de s'assurer que la situation correspond à celle décrite.

L'article R4311-3 du Code de Santé Publique autorise l'infirmier à « *élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative* »³. L'écriture de protocole encadrant des soins infirmiers relevant du rôle prescrit peut être un travail collaboratif entre un infirmier et un médecin. Ainsi, l'écriture et la révision de cette procédure apportent des connaissances à chaque professionnel ; qu'elles soient scientifiques ou juridiques, notamment sur celles encadrant la pratique du personnel soignant ; et peuvent mettre en lumière une habitude de service ou de pratique qui aurait dû ou pu évoluer. Mettre en place des protocoles dans une unité permet d'assurer des soins de façon plus efficiente. On sait la pratique du soin encadrée, le personnel formé et la sécurité du patient assurée.

¹ Protocole (2020). Larousse.

² Tamburini S (2018).Protocole de soins infirmiers. MACSF

³ Collectif (2017).Recueil de Textes – Profession infirmier. Berger-Levrault

La rédaction d'un protocole joue donc sur la qualité des soins qui sont proposés dans un service, mais elle a aussi une incidence sur le travail des professionnels, notamment les nouveaux professionnels. Il participe « à la formation continue ». Favoriser la diffusion du protocole va donc participer à l'homogénéisation des pratiques soignantes. De plus, elle jouera sur l'intégration à l'unité des nouveaux professionnels. Ces derniers pourront adapter leur pratique aux attentes du service. Dans son article, S. Tamburini recommande « *que les protocoles soient remis à chaque nouveau personnel à son arrivée ou accessibles et affichés en permanence dans le service.* »⁴

De façon générale, le protocole de soins est considéré comme une prescription médicale. Même si elle encadre des soins du rôle prescrit elle n'est pas pour autant appliquée et suivie de façon aveugle. Il est de la responsabilité de l'infirmier, de son rôle propre, de comprendre la prescription, de s'assurer qu'il a connaissance des éventuels effets indésirables du traitement et des surveillances appropriées à mettre en place. En effet, l'infirmier étant le dernier rempart de sécurité auprès du patient, il se doit de connaître son cadre d'exercice et de comprendre le soin qu'il exécute. On peut considérer qu'il est à même d'adopter cette démarche réflexive vis-à-vis d'un protocole de soins.

III.3 Le dépassement de compétences

Afin de proposer une approche globale de ce contexte, il est bon de s'intéresser au sens des mots le constituant. Selon le Larousse en ligne, le dépassement correspond à « *l'action de se dépasser, d'aller au-delà de ses limites, de ses possibilités* »⁵. On peut sous-entendre que lorsque l'infirmier dépasse ses compétences alors il « dépasse ses limites ».

Une compétence, selon le Larousse en ligne, correspond à « *une connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger et de décider en certaines matières. C'est l'aptitude d'une autorité à effectuer certains actes* »⁶. La compétence, pour un

⁴ Tamburini S (2018). Protocole de soins infirmiers. MACSF

⁵ Dépassement (2020). Larousse en ligne

⁶ Compétence(2020). Larousse en ligne

infirmier, découle donc des connaissances acquises lors de sa formation, reconnues par son diplôme d'Etat et le Code de Santé Publique, ce dernier listant les dix compétences infirmières et les tâches associées.

Ainsi, j'en déduis que le dépassement de compétences, pour les infirmiers, est le fait de dépasser les limites des connaissances et des aptitudes pour lesquelles il est reconnu. Il n'a plus l'autorité, la légitimité nécessaire pour agir.

Les références à ce concept sont bien souvent issues d'articles portant sur le glissement de tâches (ou dépassement de tâches). Dans le Dictionnaire des concepts en sciences infirmières de Christine Paillard, la tâche est un « *travail, ouvrage, élaboré par un individu ou un groupe limité par une loi* »⁷. Dans un document édité par la MACSF (2013), il est donné une définition claire du glissement de tâche. C'est « *un acte réalisé par un professionnel qui n'en a pas la compétence réglementaire.* »⁸ Ce sont des situations où l'infirmier fait un acte médical ou bien un aide-soignant fait un acte infirmier. Les deux situations me semblent intéressantes à mentionner, étant donné que l'on retrouve ces cas de figure dans les services. On peut ainsi s'intéresser aux raisons qui poussent les professionnels à faire des actes qui ne correspondent pas à leurs rôles (propre ou prescrit).

Une recherche documentaire a permis de mettre en évidence que le glissement de tâches était effectué pour diverses raisons. Le réseau AtlanRéa a publié en 2018 une enquête appelée DeptREA, au cours de laquelle les infirmiers participants devaient relever sur une journée s'ils effectuaient des dépassements de tâches et les raisons de ces dépassements. L'objet n'est pas de reprendre en entier l'étude mais un chiffre intéressant à retenir : « *64% des répondants ont déclaré faire du dépassement de tâches* ». Les raisons avancées étaient diverses : « *le confort du patient* », « *les habitudes de service* », « *l'indisponibilité du médecin* », « *la récurrence d'un problème déjà signalé* », « *des protocoles existaient également pour des actes hors décret de compétence IDE* », « *des prescriptions erronées ou approximatives* », « *la peur de déranger* »...

⁷ Christine Paillard (2018), *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*, 4^{ème} édition

⁸ MACSF (2013). Glissement de tâche et responsabilité.

A la lumière de ces résultats on peut constater que les raisons pour lesquelles l'infirmier dépasse ses compétences sont toutes liées à un contexte. On voit ici la rupture entre la théorie, dont fait partie la loi et l'enseignement dispensé en Institut de Formation en Soins Infirmiers, avec la réalité du terrain.

Le dépassement de compétence est une réalité présente dans certains services de soins. Peu importe la multitude de raisons qui l'engendre, il est encore trop banalisé car il est entré dans les mœurs des pratiques soignantes. Les professionnels font avec, pourtant cela n'exclut pas le risque que chacun prend : pour soi et pour le patient. Le glissement de tâches est bien souvent dénoncé dans des articles relatant des procès, donc lorsqu'il y a eu un préjudice d'infligé au patient. Ainsi, on évoque l'erreur du soignant vers le patient. Le soignant n'a pas respecté les limites de son rôle, les limites de son champ de compétences. Et pourtant, le sujet n'est pas aussi simple.

La revue ActuSoins a publié en juin 2011 un article intitulé « *le glissement de tâche : une réalité cachée* », écrit par Malika Surbled⁹. Elle évoque plusieurs situations de dépassement de compétences dont certaines ont été fortement médiatisées. Elle met surtout en avant la difficulté de ce sujet, si les acteurs de santé s'accordent sur le fait « *de refuser d'effectuer des actes ne relevant pas de [leurs] fonctions* », en pratique cela semble moins évident qu'il n'y paraît car chacun se renvoie la responsabilité de l'acte en question.

Il me semble important de relever dans l'article que « *le glissement de tâche n'est pas un terme juridique. Il serait utilisé à tort dans le langage commun pour remplacer le terme « exercice illégal* » ».

Le dépassement de compétences pose donc question sur la responsabilité.

III.4 La responsabilité infirmière

⁹ Malika Surbled (2011). Le glissement de tâche : une réalité cachée. *ActuSoins*.

La notion de responsabilité est un concept commun à tout citoyen. Issue du latin « *responsum* »¹⁰ signifiant « *se porter garant, répondre de* »¹¹. Le sens qu'on lui accorde, de façon générale, est que l'individu est « *dans l'obligation d'assumer et supporter les conséquences de ses actes* »¹².

Au cours de l'UE 1.3 « Législation, éthique et déontologie », la notion de responsabilité est présentée aux étudiants. Un article écrit par le juriste Emmanuel Poirier rappelle les 3 volets de la responsabilité infirmière :

- La responsabilité civile et administrative : son but « *n'est pas de punir mais de permettre au patient victime d'un dommage d'obtenir des dommages et intérêts en guise de réparation.* »¹³
- La responsabilité pénale : « *a pour objectif de punir le comportement dangereux ou illicite d'un professionnel de santé du fait des dommages qu'il a pu causer à son patient ou du simple fait d'avoir fait courir un risque injustifié à celui-ci.* »¹⁴ « *En outre ce qui la particularise est son caractère toujours strictement personnel : personne ne « couvre » donc jamais personne et chacun doit répondre de ces gestes. Ainsi, une infirmière a l'obligation de refuser un ordre qui serait manifestement illégal car en exécutant un tel ordre celle-ci se positionne comme « la main qui accomplit l'acte » et donc comme l'auteur principal de l'acte illégal.* »¹⁵ Les sanctions sont souvent d'ordre financier et peuvent également être des peines d'emprisonnement.

¹⁰ Formarier, M. et Warchol N. (2012). Les concepts en sciences infirmières. *Cairn* .p271-272

¹¹ Formarier, M. et Warchol N. (2012). Les concepts en sciences infirmières. *Cairn* .p271-272

¹² Formarier, M. et Warchol N. (2012). Les concepts en sciences infirmières. *Cairn* .p271-272

¹³ Poirier E (2019). Les trois responsabilités de l'infirmière. *MACSF*.

¹⁴ Poirier E (2019). Les trois responsabilités de l'infirmière. *MACSF*.

¹⁵ Poirier E (2019). Les trois responsabilités de l'infirmière. *MACSF*.

- La responsabilité disciplinaire : s'intéresse au dépassement de compétence réglementé dans les articles R4311-1 à R4311-15 et des règles professionnelles des articles R4312-1 à R4312-89 du Code de Santé Publique. Il existe plusieurs sanctions en cas de manquement à ces règles : avertissement, blâme, mise à pied.

A la lecture des définitions de ces trois aspects de la responsabilité infirmière, on constate qu'ils se rapprochent du sens donné par le langage commun à la notion de responsabilité. Elle est principalement associée à la notion d'erreur, de faute. Hors, dans notre société moderne la faute est à proscrire. Encore plus dans le milieu médical et on peut le comprendre. Comme disait un ami informaticien : « *Si moi je fais une erreur, le client n'est pas content. Il y a une perte de temps et d'argent pour lui comme pour moi. Mais il n'y a pas « mort d'Homme ». Toi si tu fais une erreur, tu peux mettre en danger une vie. Ce ne sont pas les mêmes conséquences* ».

L'erreur fait peur et l'assumer est encore pire. Mais l'association « responsabilité-erreur » est-elle la seule envisageable ? Dans un article, Nathalie Warchol écrit que la responsabilité c'est « *décider, faire des choix librement, posséder une faculté de jugement, de discernement (aptitude à distinguer le bien du mal), mesurer, évaluer, s'engager (répondre de)* »¹⁶. Ici la responsabilité prend un sens positif.

Si l'infirmier est responsable, cela signifie aussi qu'il est en mesure de « *faire des choix librement* » et qu'il possède « *une faculté de jugement* ». Le diplôme d'état d'infirmier reconnaît ce soignant comme étant compétent, au sens où il a « *le droit de juger et de décider en certaines matières* » parce qu'il possède des connaissances. Il est donc à même de savoir ce qui relève ou non de son rôle, de son champ de compétences et d'en assumer la responsabilité.

Si le professionnel de santé est responsable et compétent, c'est qu'il dispose d'une liberté de choix et d'actions dans le cadre régissant sa profession. L'infirmier est donc un professionnel autonome. L'autonomie est définie comme « *la possibilité de s'administrer librement dans un cadre déterminé* »¹⁷. Et Nathalie Warchol écrit « *il ne*

¹⁶ Formarier, M. et Warchol N. (2012). Les concepts en sciences infirmières. *Cairn* .p271-272

¹⁷ Autonomie (2020). Dictionnaire en ligne de l'académie française.

peut y avoir d'autonomie sans responsabilités » démontrant que l'un ne va pas sans l'autre.

L'infirmier est un professionnel de santé autonome au sens où il peut agir librement dans le cadre de son rôle propre. Cela veut aussi dire qu'il doit être compétent pour les actions qu'il entreprend et qu'il en est responsable.

Dans le cadre de son rôle prescrit, bien qu'il n'agisse pas de sa propre initiative il est cependant reconnu comme compétent dans l'évaluation de la conformité de la prescription médicale avant de la mettre en application.

A ce stade de l'exploration théorique, on s'aperçoit que le dépassement de compétences impacte la responsabilité infirmière, qu'il y ait un protocole de soins qui en soit à l'origine ou non.

III.5 L'intégration d'un nouvel arrivant

Le concept que je souhaite maintenant développer est l'intégration d'un nouvel arrivant dans une équipe de soin. C'est un moment, une période plus ou moins longue que chaque étudiant infirmier et chaque professionnel de santé a vécu dans sa vie à l'hôpital. Avant de développer une réflexion, je me suis intéressé à la définition des termes constitutifs de ce concept.

Selon le Larousse en ligne, intégrer, vient du latin « *integrare* » signifiant rendre entier. C'est « *faire que quelqu'un ne soit plus étranger à une collectivité, qu'il s'y assimile* »¹⁸. Ici, la collectivité serait donc l'équipe du service (aides-soignants, infirmiers, cadre, médecins etc...).

Le terme nouveau est intéressant car il est défini de nombreuses façons. Une des définitions donnée décrit le nouveau comme « *celui qui est depuis peu quelque part, celui qui exerce une activité depuis peu, un novice* »¹⁹.

Avec cette définition on peut assimiler le novice au nouveau diplômé. Le nouveau diplômé c'est l'infirmier qui sort de formation. Dans la logique des choses il

¹⁸ Intégrer(2020). Dictionnaire Larousse en ligne

¹⁹ Nouveau (2020).Dictionnaire Larousse en ligne

intègre un service afin de pratiquer le métier pour lequel il s'est formé. Il passe d'un statut d'étudiant à un statut de professionnel diplômé. Pour autant, il est novice dans le soin.

Dans l'ouvrage « *De novice à Expert : Excellence en soins infirmiers* » (1995), Patricia Benner distingue 5 stades de progression de l'infirmier : « *novice, débutant, compétent, performant, expert* ».

Dans la classification, elle explique que « *les étudiantes infirmières* » sont des « *novices* » car « *elles ont du mal à intégrer ce qu'elles ont appris dans les livres dans ce qu'elles vivent en situation réelle* ». Toujours selon cette classification, une infirmière atteint le stade « *compétent* » lorsqu'elle a passé « *2 à 3 ans dans son service* ». L'infirmière compétente est décrite ici comme celle qui « *commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs ou de plans à long terme dont elle est consciente* ».

Ainsi, si le diplôme d'état reconnaît aux jeunes infirmiers qu'ils ont acquis des compétences au cours de la formation, ils leur restent du chemin à parcourir dans l'appropriation de ces dernières. Ce sont les expériences, les situations cliniques qui participeront à la progression du jeune diplômé du statut novice jusqu'aux statuts supérieurs.

On peut en déduire que le jeune diplômé devra veiller à conserver une attitude et un regard d'apprenant au début de sa carrière. Cette attitude d'apprenant il devra l'avoir auprès de ses collègues, des membres de l'équipe du service auprès desquels il sera amené à demander des précisions, des explications, voire des démonstrations de soins techniques. Dans sa perception des choses, le nouveau diplômé peut se sentir en difficulté par son manque d'expérience.

De plus, ayant peu l'expérience d'être un professionnel autonome et responsable, les premiers mois suivant la prise de poste peuvent engendrer angoisse et stress. C'est un discours commun évoqué dans de nombreux témoignages.

Dans un article sur le site Infirmiers.com, Aurélie Trentesse recueille les expériences vécues par plusieurs internautes. L'une des personnes interviewées évoque les premiers temps dans le service en ces termes : « *Mon premier jour et les suivants n'étaient pas géniaux et largement très stressants. Je suis diplômée depuis sept mois et*

*je commence seulement à me détendre. »*²⁰ Une autre dit : « *je me sens plus gauche et commence à douter de moi* »²¹.

On comprend que la confiance en soi est importante pour le soignant car elle lui permet de se positionner en tant que tel. La posture professionnelle, que le jeune diplômé doit continuer d'acquérir, peut être affectée par l'arrivée dans le service.

Toutefois, un infirmier devenu compétent le sera-t-il lorsqu'il change de service ? Il semblerait que cela dépende de ses expériences passées. Selon Patricia Benner, « *ces étudiantes ne sont pas les seules novices ; toute infirmière intégrant un service dont elle ne connaît pas les malades peut se retrouver à ce niveau si elle n'a pas l'habitude du matériel utilisé ni de la pathologie des malades du service* ». Retrouver une position d'apprenant est sans nul doute désarmant pour un professionnel qui était habitué à avoir un certain niveau de compétences.

Le novice ne sera pas forcément le nouveau diplômé. Cela peut aussi bien être un infirmier changeant de lieu d'exercice. On voit donc, que la nouveauté et la spécificité de celui-ci peuvent impacter les repères du nouvel arrivant et générer un inconfort qui peut aller de pair avec le fait d'être le nouveau de l'équipe.

Plaute ; ancien dramaturge latin ; avait formulé une phrase maintes fois reprises : « *Quand on ne le connaît pas, l'homme est un loup pour l'homme* »²². Il cherchait à illustrer la peur de l'autre. Il y a évidemment la peur de celui qui arrive se demandant comment sera son équipe. Mais cette peur on la retrouve aussi du côté des intégrants, traduites par des phrases que l'on peut entendre : « il est comment le nouveau collègue ? », « ça va il est bien ? ».

²⁰ Trentesse, A (2017). Première prise de poste après le DE : comment supporter l'angoisse ?. *Infirmiers.com*.

²¹ Trentesse, A (2017). Première prise de poste après le DE : comment supporter l'angoisse ?. *Infirmiers.com*.

²² Wikipédia (2019). *Homo homini lupus est*.

Une équipe est définie comme « *un groupe de personnes travaillant à la même tâche ou unissant leurs efforts dans le même dessein* »²³. Sa cohésion sera liée au sentiment d'appartenance de chacun à cette dernière. Roger Muchielli (2007) écrit : « *L'appartenance (à l'équipe) de la part des membres, gage de participation et de coopération, est le vécu singulier de ce qui est cohésion au niveau groupal.* »²⁴

Le travail d'un infirmier en service hospitalier n'est pas un travail individuel. Lorsque l'on intègre un service, on intègre une équipe. Celle-ci a ses propres valeurs. L'arrivée d'un nouvel infirmier peut remettre en cause la dynamique de groupe et parfois même des habitudes de services. La difficulté pour le nouvel arrivant est de se positionner en tant que lui-même, un individu avec ses idées et ses valeurs et à ne pas les oublier lorsqu'il intègre l'équipe.

Toutefois, la mesure dans ces propos peut être appréciée surtout lors des débuts, car une équipe qui intègre est une équipe qui accueille. Walter Hesbeen écrit qu' « *accueillir c'est recevoir chez soi* »²⁵. Un nouvel arrivant (infirmier expérimenté ou jeune infirmier) qui pose des questions sur les habitudes de pratiques peut générer un malaise voire des conflits avec les autres professionnels du service. En agissant ainsi il peut donner l'impression de critiquer et de juger les pratiques de ses collègues, risquant ainsi de nuire à son intégration.

L'intégration d'un nouvel arrivant s'effectue grâce aux efforts de chacun : celui-ci redouble d'application pour s'adapter au service tandis que l'équipe participe à son accompagnement.

²³ Formarier, M (2012). Les concepts en sciences infirmières. *Cairn*. p180-182.

²⁴ Muchielli, R (2007). Le travail en équipe. Clés pour une meilleure efficacité collective. Paris. Ed ESF. p37.

²⁵ W, Hesbeen (1997). Prendre soin à l'hôpital. p130. Paris, Masson

IV. Méthodologie

L'enquête auprès des professionnels de terrain va permettre d'effectuer une comparaison entre la théorie et la pratique. Cette partie va présenter les professionnels interviewés, les outils utilisés pour l'enquête, son déroulé et ses limites.

IV.1 Le choix de la population pour l'interview

Afin de faciliter les échanges et garder un lien avec ma situation d'appel j'ai choisi deux infirmiers qui ont exercé dans un service de réanimation en Chirurgie Thoracique Cardiaque et Vasculaire (CTCV). Le premier infirmier avec qui j'ai échangé a obtenu son diplôme en 2015 et après avoir travaillé en réanimation médicale pendant deux mois, il exerce depuis lors en réanimation CTCV. Il est engagé depuis 2016 dans différentes actions pédagogiques (dans son service et dans un Institut de Formation en Soins Infirmiers) et depuis juin 2019 il est titulaire d'un diplôme universitaire (DU) plaies et cicatrisations.

La seconde professionnelle interrogée est diplômée depuis juillet 2018. Elle a travaillé neuf mois en réanimation CTCV. Par la suite, elle a exercé 3 mois aux urgences de Royan. Depuis juillet 2019, elle est infirmière intérimaire. Elle a donc l'occasion de pratiquer dans différents types de structures (hôpitaux public, cliniques privées, EHPAD) et de services (réanimation, service de chirurgie, soins palliatifs).

Le choix de ces professionnels est lié au fait qu'ils aient tous les deux exercé dans le service de réanimation CTCV où a eu lieu la situation d'appel. Néanmoins, je voulais un professionnel qui avait pu voir d'autres services, afin d'éventuellement comparer avec ses autres expériences. Aussi le but était de savoir si le dépassement de compétences existait dans d'autres unités et si l'intégration d'un nouvel arrivant pouvait être impactée de la même façon ou non.

IV.2 Choix des outils de l'enquête

L'enquête a été effectuée en faisant des entretiens semi-directifs. Ils ont suivi globalement la même trajectoire car je me suis appuyé sur un guide d'entretien (annexe 2). J'invitais les interviewés à se présenter, nous abordions les protocoles de soins, le dépassement de compétences et la responsabilité infirmière, puis nous évoquions en

quoi l'intégration d'un nouvel arrivant pouvait être affectée s'il refusait d'effectuer un acte hors champ de compétences. C'est au final 7 questions qui seront posées aux professionnels de terrain.

IV. 3 Le déroulement de l'enquête

Une fois le choix des professionnels arrêté je les ai sollicités par mail afin de savoir s'ils étaient d'accord pour répondre à mon enquête et si l'on pouvait faire l'entretien en visioconférence via des outils comme Skype. En effet, la période de confinement lié au COVID-19 était déclarée, aussi nous ne pouvions nous rencontrer. Chaque entretien a duré environ trente minutes.

Ils m'ont donné leur consentement pour que je les enregistre. De mon côté je leur ai garanti l'anonymat lors de la retranscription.

IV.4 Limites de l'enquête

Il est intéressant de noter que la méthode d'exploration est une méthode dans laquelle l'observateur est aussi acteur. Comment savoir s'il n'influence pas les réponses ? Cette difficulté est récurrente dans la recherche en sciences humaines et je ne pense pas faire exception en me demandant si j'ai influencé ou non certaines réponses.

Ensuite les entretiens étaient faits à distance. Il a fallu composer avec parfois certains soucis techniques (bugs de la connexion entre autres, audio perfectible etc...).

L'un des professionnels interviewés n'était pas rompu à ce type d'exercice aussi pour la dynamique de l'entretien ai-je dû reformuler, ayant peut-être induit des réponses sans le vouloir. Je pense aussi que le sujet n'est pas particulièrement simple, tant sur le plan des connaissances des praticiens que sur la liberté de parole de chacun concernant cette problématique.

Enfin, j'aurais souhaité interroger un médecin afin d'avoir son point de vue sur ce thème car je pense qu'un lien était faisable entre l'entretien des infirmiers et celui du médecin. Mais avec le confinement et la situation exceptionnelle liée à la crise sanitaire, contacter un médecin et le solliciter pour un entretien est devenu plus compliqué.

V. Résultats de l'enquête

Afin d'analyser les informations recueillies pendant les entretiens j'ai utilisé une grille (annexe 5) permettant d'identifier des thèmes et de les classer. Pour essayer de faciliter le suivi de mon raisonnement, je suis le même ordre que pour les concepts.

V.1 Le protocole de soins.

Le premier thème correspond donc au protocole de soins. L'infirmier de réanimation (infirmier A) définit le protocole de soins comme « *une action mise en place avec l'accord d'un médecin* ». Elle permet de donner aux infirmiers une « *autonomie dans le déclenchement du protocole et la mise en place de soins* ».

Par ailleurs, il en distingue deux types : les « *protocoles institutionnels ; valables pour tous les services du CHU ; et les protocoles de soins spécifiques à chaque service* ». Il met en avant le fait qu'un protocole de soins puisse avoir une validité sur l'ensemble d'un hôpital et que certains protocoles seront uniques, « *spécifiques* » à la spécialité du service.

Ce terme est perçu par l'infirmière intérimaire (infirmière B) comme étant « *un guide* », « *un mode d'emploi du soin* ». Il permet au soignant d'exécuter l'acte dans de bonnes conditions et d'appréhender un acte que le soignant peut n'avoir jamais fait. Egalement, il favorise l'accès aux « *dernières recommandations et mises à jour liées à ce soin* ». Ainsi le professionnel réactualise ses connaissances.

Avec cette thématique, j'ai pu relever une opposition des points de vue. Pour l'infirmier A, « *le protocole de soins est une prescription médicale* ». Bien qu'il favorise l'autonomie du professionnel dans le déclenchement de l'acte, sa « *marge de manœuvre dans [l'exécution des] soins (...) sera limitée* ».

L'infirmière B « *distingue le protocole de soins de la prescription médicale* ». Elle explique que, pour elle, le protocole permet à l'infirmier d'effectuer « *des actes du quotidien* » relevant de son rôle prescrit, « *sans avoir besoin de la prescription médicale* ».

Les deux professionnels interviewés s'accordent donc sur le fait que le protocole de soin est un écrit permettant une autonomie de l'infirmier dans l'exécution de gestes relevant du rôle prescrit. Pour autant, leurs représentations du protocole diffèrent.

V.2 Le dépassement de compétences

Le second thème abordé est le dépassement de compétences. L'objectif était de recueillir le point de vue des interviewés sur leur pratique, de comprendre s'ils avaient été confrontés à cette problématique et quel était leur ressenti vis-à-vis de celle-ci.

Le dépassement de compétences a été évoqué comme le fait de travailler hors réglementation. L'infirmière intérimaire (infirmière B) le définit comme étant le fait de sortir « *de la loi et du cadre des textes* », définissant ce qu'elle a « *le droit de faire ou pas* ». L'infirmier de réanimation (infirmier A) évoque le fait que « *le code de santé publique régit notre rôle propre et notre rôle prescrit* ».

Les deux professionnels connaissent donc les textes encadrant la pratique infirmière et savent identifier quand ils effectuent un acte hors champ de compétences.

Au cours des entretiens, ils ont reconnu avoir effectué des actes n'entrant pas dans leur champ de compétences et évoquent plusieurs raisons qui peuvent amener les infirmiers à en sortir.

L'infirmier A évoque la possibilité d'un lien entre le dépassement de compétences et le fait d'exercer dans une unité de soins spécifique où un professionnel acquiert « *une spécificité* ». Son service, gérant le post-opératoire en chirurgie cardiaque, fait partie des services dits techniques. Cela implique la connaissance de pathologies propres à une branche de la médecine, une utilisation et une compréhension de dispositifs médicaux particuliers qui ne se rencontrent pas ailleurs au sein de l'hôpital.

Par rapport à son lieu de travail, il ressent « *une volonté à ce que chaque infirmier devienne un petit médecin* ». Ce serait lié en partie au fait « *que les médecins entendent que nous sommes infirmiers de réanimation donc forcément nous sommes plus qu'infirmier* ». Il semblerait que naisse un sentiment de supériorité lié au regard porté sur la spécificité du service. Celui-ci pousserait les professionnels à dépasser leurs limites, comme le fait remarquer l'infirmier A, « *pour prouver que l'on est supérieur à d'autres* ».

Cette idée de supériorité donne une impression de « *valorisation du métier* », élément qu'il met aisément en lien avec un dépassement de compétences qu'il avait dû faire au cours de ses études et qui lui a donné le « *sentiment de relever le niveau* ».

Il aborde également la relation médecin-infirmier. L'infirmier de réanimation souligne le « *besoin de reconnaissance* » des professionnels « *auprès des médecins* ».

Ce besoin fait le lien avec les sentiments de supériorité et de valorisation éprouvés lors d'un dépassement de compétences.

Néanmoins, il semblerait que certains médecins laissent une « *autonomie relativement importante* » aux soignants. La raison serait liée à la position de l'interne que les infirmiers « *managent pas mal à leur arrivée en service* ». Il dit qu' « *il y a une part médecin-dépendante* ».

Toutefois, ce ressenti de supériorité ne semble pas partagé par tous. L'infirmière intérimaire explique que son vécu vis-à-vis du dépassement de compétences « *dépend de l'acte* ». Elle cite notamment « *l'ablation de drains thoraciques* » avec laquelle elle ne s'est « *jamaï sentie à l'aise* ». Pour autant, elle ne ressent pas la même gêne à effectuer un premier sondage urinaire chez un homme. Elle sait que « *légalement c'est à lui (le médecin) de le faire* » mais il semblerait que dans différents services le médecin « *réponde qu'il ne sait pas le faire* ». Elle aussi est confrontée à cette part médecin-dépendante.

Si la spécificité de l'unité a un lien avec le dépassement de compétences, les habitudes de service sont elles aussi un facteur favorisant. Elles peuvent être prises par les professionnels quand il existe un protocole. L'infirmier A explique que dans son service ce sont les infirmiers qui sont chargés de l'ablation des drains. L'infirmière B, qui a eu l'occasion d'y exercer, dévoile son inconfort à réaliser ce soin.

Si l'existence de consignes, précises et écrites peut donner une impression de sécurité au soignant, elle peut aussi lui donner le sentiment d'être acculé. L'infirmière B dit : « *j'ai le sentiment que je n'ai pas le choix de le faire même si je suis mal à l'aise avec* ».

L'habitude naît de la répétition. L'infirmier A affirme qu'il effectue « *énormément* » d'actes hors champs de compétences. Il estime, sur une semaine où il serait en horaires d'après-midi, « *effectuer une dizaine d'actes hors champs de compétence* ».

La répétition peut banaliser le geste, que tous deux décrivent comme « *n'étant pas anodin* », et sa perception en sera affectée. Même si l'infirmière B n'était pas à l'aise, elle dit se rassurer en pensant « *si un protocole est fait, sur certains actes par les médecins, (...) c'est que les risques sont moindres et qu'on est en capacité de le faire car il ne représente pas une difficulté technique* ».

De plus, le dépassement de compétences peut prendre différentes formes. L'infirmier A distingue l' « *involontaire* » du « *volontaire* ».

Selon l'infirmier A, ce qu'il perçoit comme involontaire correspond aux « *suggestions de thérapeutiques* » des infirmiers. Il met en lien ces dernières avec la « *réflexion* »

soignante » lors de la prise en soin du patient. Mais il considère aussi comme relevant de l'involontaire « *car dû au service* » les actes hors champ de compétences encadrés par un protocole « *signé par le chirurgien chef de la réanimation* ».

Le dépassement volontaire correspond aux actes effectués par l'infirmier de son propre chef. L'infirmier de réanimation explique : « *Il arrive parfois que des infirmiers, notamment moi, suggérons, de notre propre initiative, très fortement de faire un gaz du sang pour avoir une valeur fiable et il arrive que nous le suggérons mais que nous ayons fait l'acte.* » Il reconnaît néanmoins que cela est aussi lié aux équipements de pointe présents dans le service qui facilitent certains gestes.

Le dépassement de compétences est une réalité confirmée par les professionnels interrogés. La complexité de cette réalité tient à la pluralité des facteurs l'influençant. C'est « *multifactoriel* ».

V.3 La responsabilité infirmière

Ce troisième thème s'intéresse à la façon dont est perçue la responsabilité chez les soignants.

Tout d'abord, on note une conscientisation de la responsabilité. L'infirmier A explique que si le professionnel effectue un acte hors champs de compétences et qu'il « *se passe bien, alors il n'y a pas de problèmes* ». Il y a peu de conséquences derrière. Néanmoins, il reconnaît que si une complication apparaît « *liée à la sécurité ou à une mauvaise gestion de l'acte, car ce dernier est hors de ton champs de compétences, le bâton peut revenir. La responsabilité sera pour toi* ». Ce thème est associé ici à l'erreur et à la sanction.

Les deux experts s'accordent sur le fait de devoir se positionner. L'infirmière intérimaire affirme « *refuser un acte qui n'est pas de nos compétences fait partie de notre travail, de notre législation* ». Aussi un soignant responsable a connaissance de la loi définissant son cadre d'exercice et assume de dire « *je ne veux pas le dépasser* ». Les propos de l'infirmier de réanimation corroborent ceux de l'infirmière intérimaire. Il aborde la place de l'étudiant en stage et met en avant le fait que ce dernier doit savoir se positionner et dire « *je ne veux pas prendre la responsabilité de faire à la place de ...* ». Il poursuit en expliquant que l'attitude du professionnel diplômé doit s'inscrire dans cette continuité.

V.4 L'intégration d'un nouvel arrivant

Le dernier thème concerne l'intégration d'un nouvel arrivant. Il me semblait important de comprendre les réactions des infirmiers experts si un nouvel arrivant dans une équipe refusait d'exécuter un acte hors champ de compétences.

Les interviewés s'accordent sur la légitimité du nouveau professionnel à exprimer son refus. L'infirmier A considère que « *c'est tout à fait understandable* ». Il est soutenu par l'infirmière B qui considère que « *c'est son droit et qu'il a raison* ». Néanmoins, ils s'accordent sur plusieurs conséquences envisageables liées à ce positionnement.

Ils reconnaissent que « *ce sera peut-être mal vu* » et que potentiellement « *il en sera blâmé par l'entourage du milieu dans lequel il travaille* ». Aussi l'infirmier de réanimation pointe du doigt l'importance d'être mesuré dans le propos lorsque l'on aborde le sujet en service et recommande « *d'amener ça avec tact* ».

En effet, cette objection n'est pas sans conséquences sur la charge de travail de l'équipe soignante. « *S'il refuse de le faire, cela veut dire que quelqu'un devra le faire* » remarque l'infirmière intérimaire. Son homologue de réanimation doute que la « *collègue infirmière qui a un secteur plein accepte d'enlever les drains [d'autres patients]* » en plus des siens.

En les questionnant sur les conseils qu'ils pourraient apporter au nouvel arrivant, ils ont tous deux évoqué le fait de pouvoir échanger et « *discuter en équipe* », afin de « *comprendre les motifs de refus* » et « *comprendre pourquoi le service considère cela (l'acte) comme normal* ». L'échange est donc la première solution envisagée par les deux interviewés.

Enfin, dans le but d'accompagner le nouveau professionnel dans son intégration au service, les deux infirmiers ont abordé le thème de la formation. Selon l'infirmier A, « *l'idée n'est pas de mettre à l'écart cette personne mais éventuellement de lui proposer de la former à cet acte* ». L'infirmier B considère que c'est le rôle du service de s'assurer « *qu'il soit formé pour effectuer ce soin* ».

On voit donc qu'un nouvel arrivant refusant d'effectuer un acte hors champ de compétences, malgré l'existence d'un protocole de soins, est considéré comme étant dans son droit. La mesure dans la façon d'exprimer cette opposition aura son importance. Il est possible que cela ne soit pas apprécié par tout le monde, pour autant les professionnels insistent sur le fait d'en discuter en équipe et d'éventuellement former à ce soin le nouveau de l'équipe.

VI. Discussion

Dans cette partie seront confrontés les résultats de la recherche littéraire du cadre conceptuel à ceux de l'entretien. Pour rappel, ma problématique est : En quoi un protocole médical autorisant un dépassement de compétences impacte-t-il la responsabilité infirmière et l'intégration d'un nouvel arrivant ?

Dans la situation d'appel, on a pu observer qu'un protocole de soins impactait les actions des infirmiers.

VI.1 Les protocoles de soins

En lien avec ma problématique, j'ai souhaité connaître les représentations qu'ont les infirmiers quant au protocole de soin.

La recherche théorique a permis de montrer que le protocole de soin est un guide. Selon Tamburini, il favorise l'accès aux professionnels d' « *un descriptif des techniques à appliquer et/ou des principes et des consignes à observer dans certaines situations et l'administration de soins* ». Cette idée est présente dans l'esprit des professionnels. C'est le premier terme évoqué par l'infirmière intérimaire. Suivi de « règle » faisant le lien avec les « consignes » de la définition proposée par Tamburini.

Une opposition de point de vue des professionnels sur cet écrit a été mise en avant avec les entretiens.

Si pour l'infirmier de réanimation le protocole de soins « est une prescription médicale » l'infirmière intérimaire n'adhère pas à cette idée. Bien que ces documents soient familiers aux soignants, ils ne le perçoivent pas de la même manière.

Il a également été mis en avant le fait que le protocole était l'œuvre d'une collaboration entre un médecin et un infirmier. Au cours de l'entretien l'infirmier de réanimation identifie le fait que le document est signé par le médecin. Il n'évoque cependant pas la possibilité d'une collaboration médecin - infirmier permettant de le rédiger.

Les protocoles influencent la pratique soignante car ils ont un rôle de guide et d'encadrement. Si la rédaction de ces écrits favorise la réactualisation des connaissances des professionnels, il joue aussi un rôle dans l'organisation de la coopération soignante, à tous les niveaux.

VI.2 Le dépassement de compétences.

Dans le cadre conceptuel, j'ai cherché à donner une définition thématique et à comprendre les raisons amenant le professionnel à sortir de son cadre légal ou comme l'évoque Malika Surbled à effectuer « *un exercice illégal* » de la profession infirmière. J'ai cependant voulu recueillir le point de vue des professionnels de santé sur leurs pratiques et comprendre leur ressenti sur le dépassement de compétences.

Au cours des entretiens, le dépassement de compétences a été défini comme le fait de « *sortir du cadre légal* », s'accordant ainsi avec l'idée d' « *exercice illégal* ». Et les soignants experts ont reconnu avoir déjà dépassé les limites de leur rôle infirmier. J'évoquerai d'abord les raisons poussant les soignants à agir ainsi puis j'aborderai leur ressenti.

L'étude DeptRea, présentée dans la partie théorique, présente les différentes réponses motivant les sorties du cadre légal. Les soignants, durant les interviews, ont abordé la « *présence d'un protocole* » encadrant l'ablation de drains thoraciques. C'est également une « *habitude de service* ». Ce sont deux des raisons décrites dans l'enquête sur la réanimation.

Le « *confort du patient* » était la première raison évoquée par DeptRea. Bien qu'il ne l'exprime pas en ces termes, j'interprète la phrase « *Il arrive parfois que des infirmiers, notamment moi, suggérons, de notre propre initiative, très fortement de faire un gaz du sang pour avoir une valeur fiable et il arrive que nous le suggérions mais que nous ayons déjà fait l'acte.* » comme s'en rapprochant. La recherche d'une saturation fiable sera importante sur la prise en charge du patient.

Les experts interrogés ont tous les deux abordés une « *part médecin-dépendante* ». L'infirmière intérimaire prend pour exemple la première pose de sonde urinaire chez un homme. Elle dit : « *en fonction du service dans lequel tu te trouves ou le médecin face auquel tu te trouves, ... bien souvent il répond qu'il ne sait pas le faire* ». Cette action peut devenir « *une habitude de service* ». Si la réponse est toujours la même, les comportements ne changent pas et la répétition donnera une habitude.

Enfin, l'idée d'un lien entre le dépassement de compétences et une unité spécifique était mentionnée par l'infirmier de réanimation. Les deux soignants ayant tous les deux travaillés dans ce type de service, comme l'étude portant sur le dépassement de

compétences en réanimation pourrait amener à le penser. Toutefois, une remarque de l'infirmière intérimaire vient contrebalancer cette idée.

Pour elle, le glissement de tâches présenté dans le cadre conceptuel existe lorsque l'infirmier demande à l'aide-soignant d'effectuer un soin ne relevant pas de son exercice. Elle explique : « *en tant qu'infirmier nous sommes amenés à faire plus de choses que nous n'étions pas censés faire.* » Aussi afin de gérer le surplus de tâche l'infirmier se voit contraint, parfois, de demander à l'aide-soignant de sortir de son champ de compétences. On peut en déduire qu'il y a un lien avec la spécificité du service mais il n'est pas le seul.

Le dépassement de compétences est multifactoriel.

Mais quels sont les ressentis des soignants vis-à-vis de cette thématique ? Il semblerait qu'ils diffèrent. Dans les résultats de l'entretien, on a pu constater qu'en lien avec la spécificité du service pouvait naître un « *sentiment de supériorité* » et une sensation de « *valorisation du métier* ». Ces émotions, le soignant de réanimation les met en relation avec « *un besoin de reconnaissance de la part du médecin* » sur le travail effectué par le personnel infirmier. Pour autant, il reconnaît qu'avec le temps, s'il n'est pas apeuré par le fait de sortir de son cadre légal dans un certain contexte, il invite à la prudence en expliquant qu'il est bon de « *savoir pourquoi on dépasse nos compétences* ».

La professionnelle intérimaire aborde l'ablation des drains thoraciques comme un geste avec lequel elle n'a « *jamais été à l'aise* ». Elle explique que l'acte n'est pas anodin et la présence d'un protocole encadrant ce soin n'est pas pour la rassurer, mais lui fait plutôt sentir qu'elle n'a pas le choix de le réaliser.

Ainsi l'exercice illégal de la profession n'est pas fait sans raisons. Celles-ci sont nombreuses et varient selon le contexte de soin. Il n'est pas vécu de la même manière par les soignants qui y sont confrontés.

VI.3 La responsabilité infirmière

L'exploration théorique de ce thème a mis en avant le fait que chacun est « *dans l'obligation d'assumer et supporter les conséquences de ses actes* ». Il est également apparu que cette idée de responsabilité liée à l'erreur n'était pas le seul sens possible. La responsabilité est unie à la notion d'autonomie, définie par Warchol comme étant « *la possibilité de s'administrer librement dans un cadre défini* ».

Un protocole autorisant un dépassement de compétences peut donner l'impression d'augmenter l'autonomie du soignant, puisqu'il est en mesure d'agir dans un cadre défini. Toutefois, cette augmentation d'autonomie si elle est officieuse n'est pas officiellement reconnue.

Les interviewés évoquent avoir conscience d'être responsables de leurs actes et de prendre des risques : plus pour eux même que pour le patient semblerait-il. Aussi insistent-ils sur l'importance de connaître les raisons pour lesquelles un soignant sort de son cadre légal. Néanmoins, ils argumentent sur le fait d'être capable de se positionner en tant que professionnel et de refuser d'agir si ce dernier ne se sent pas capable ou ne souhaite pas assumer une action ne relevant pas de son rôle.

J'en conclus que si la responsabilité est définie, son ressenti et sa représentation restent personnels. Malgré tout, le professionnel faisant l'acte est toujours responsable.

VI.4 L'intégration d'un nouvel arrivant

Comme exposé précédemment, l'objectif était de comprendre et d'évaluer la nature des réactions des infirmiers experts, dans le cas où un nouveau professionnel du service refusait d'effectuer un acte hors champ de compétences.

Sur cette question les avis des interviewés se rejoignent. Tout d'abord, aucun des deux infirmiers n'avance le fait que le nouvel arrivant est diplômé depuis peu. L'infirmier de réanimation aborde l'idée de « *nouveau diplômé* » pour expliquer le temps nécessaire à ce que ce dernier soit totalement autonome au sein du service qu'il estime entre « *six à huit mois* ». L'infirmière intérimaire n'aborde pas la notion du « *nouveau diplômé* ». On peut donc en déduire que leur vision du novice dans le service s'approche de celle de Patricia Benner estimant que celui-ci peut être « *tout infirmier intégrant un service dont il ne connaît pas les malades* ».

Ensuite, chacun considère que ce professionnel est légitime dans son refus. Il leur semble important qu'il puisse « *exprimer les raisons de ce refus* ». L'infirmier de réanimation insiste sur « *la façon dont c'est dit* ». Le but n'est pas, qu'en se positionnant sur cette question le nouvel arrivant attaque ou juge la pratique de ses collègues ou de l'unité. En effet, « *accueillir c'est recevoir chez soi* », comme l'exprime Walter Hesbeen. Cette phrase permet de se rendre compte du côté blessant que peuvent avoir des paroles non mesurées.

Du côté du nouvel arrivant, les recherches démontrent l'existence du stress et de l'anxiété lors de la prise de poste. Les divers témoignages relevés par la journaliste Aurélie Trentesse sont éloquentes. Cette angoisse, cette peur peut faire écho à celle que l'on peut retrouver chez les intégrants. Citons de nouveau Plaute : « *quand on ne le connaît pas l'homme est un loup pour l'homme* ».

Dans le contexte d'un nouveau collègue, exprimant le refus d'effectuer un acte encadré par un protocole mais hors de son champ de compétences, les interviewés prônent l'échange et la discussion. Le but étant « *d'exprimer les raisons de son refus* », pour l'infirmier de réanimation, et « *d'essayer de comprendre pourquoi le service considère cela comme normal* » (sous-entendu l'acte) pour l'infirmière intérimaire. Enfin, les deux soignants interrogés recommandent de s'assurer de la formation du nouvel arrivant à ce soin et de le former le cas échéant.

Il y a deux raisons liées aux notions d'échange avec l'équipe et à la formation au geste. Tout d'abord la volonté « *de ne pas mettre à l'écart* » le nouvel arrivant mais de « *l'accompagner* ». Ensuite, il y a le fait qu'un infirmier travail en équipe. Pour rappel, une équipe, selon Formarier, est « *un groupe de personnes travaillant à la même tâche ou unissant leurs efforts dans le même dessein* ». Cela sous-entend que les membres ont les mêmes tâches à faire et que chacun fait le même effort pour la bonne prise en soin du patient. Refuser de faire un acte veut dire que quelqu'un devra malgré tout le faire rendant les tâches et les efforts inégaux entre les équipiers.

L'intégration d'un nouvel arrivant est donc affectée de différentes manières. Le refus d'effectuer un acte, encadré par un protocole de soins mais hors champ de compétences, pouvant rendre difficile l'intégration voire l'avenir du professionnel au sein du service. Même si ce dernier accepte de se former à ce soin, il prend malgré tout un risque pour sa carrière.

Pour conclure cette analyse, un protocole de soin autorisant un dépassement de compétences peut impacter la pratique de l'infirmière et par extension, sa responsabilité. De même, l'intégration d'un nouvel arrivant étant une étape importante de la vie du professionnel, on peut avancer que la présence d'un tel protocole serait à même d'influencer le déroulé de cette période.

La réflexion et la rédaction de cet écrit m'ont amené à me poser une question de recherche plus fine : en quoi l'optimisation de la coopération entre professionnels de la santé limiterait l'exercice illégal de la profession d'infirmière et favoriserait l'intégration d'un nouvel arrivant ?

VII. Conclusion

Qu'est-ce que le dépassement de compétences ? Qu'est-ce qui pousse ces soignants à sortir de leur champ de compétences ? Qu'en est-il de leur responsabilité ? Un protocole est-il au-dessus de la loi ? Quels sont les risques pour le patient ? Et quels sont ceux pour le soignant ?

Ce travail de fin d'études m'a permis d'observer cette situation avec un autre regard que celui que je portais initialement. Que ce soit la recherche théorique ou les échanges avec les infirmiers interviewés, chaque élément m'a fait avancer dans ma réflexion. Ce thème qui me semblait assez simple au début s'est révélé plus riche et plus complexe que prévu.

J'ai appris qu'un protocole de soins faisait office de prescription médicale pour les situations qu'il décrit. De plus, j'ai compris que si le dépassement de compétences est un terme utilisé pour désigner l'exercice illégal de la profession d'infirmière, il ne peut être abordé uniquement du point de vue juridique. Même si le dépassement de compétences affecte la responsabilité infirmière, il est nécessaire d'entendre les raisons pour lesquelles les professionnels sortent de leur cadre d'exercice avant de prétendre pouvoir émettre un avis sur cette question. J'ai également appris que l'intégration d'un nouvel arrivant était une étape plus complexe qu'il n'y paraît et que certains éléments peuvent la perturber.

Ce travail m'a aidé à entamer une réflexion sur la façon dont je peux me positionner en tant que futur professionnel face au dépassement de compétences. Il m'a également montré que ce dernier n'était pas nécessairement source de mal être pour l'infirmier ni même pour le patient car même s'ils ne sont pas reconnus, les praticiens peuvent être formés sur le terrain. Les réactions des soignants interviewés m'ont montré que l'intégration d'un nouvel arrivant est facilitée par le sens du relationnel des professionnels de terrain.

BIBLIOGRAPHIE :

Autonomie (2020). Dictionnaire en ligne de l'académie française, consulté le 21/04/2020, repéré à : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9A3281>

Benner P. 1995. *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*.

Christine Paillard (2018), *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*, 4^{ème} édition, Edition Setes. Paris, France

Collectif (2017). Recueil de Textes – Profession infirmier. Berger-Levrault

Compétence. Larousse consulté le 21/04/2020 repéré à : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9passement/23717>

Dépassement. Larousse consulté le 21/04/2020 repéré à : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9passement/23717>

Formarier, M (2012). Les concepts en sciences infirmières. *Cairn*. p180-182 repéré à : <https://www-cairn-info.passerelle.univ-rennes1.fr/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-180.htm?contenu=article>

Formarier, M. et Warchol N. (2012). Les concepts en sciences infirmières (2^{ème} édition). *Cairn* .p271-272 repéré à : <https://www-cairn-info.passerelle.univ-rennes1.fr/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-271.htm>

Intégrer(2020). Dictionnaire Larousse en ligne consulté le 21/04/2020 repéré à : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/int%C3%A9grer/43537?q=int%C3%A9grer#43458>

J.Bontemps . G. Sauvaget . J.Dauvergne . C.Fadil . S.Lecuyer . V.Bourdon ...P.-J.Mahé (2018). Le dépassement de tâches infirmier en réanimation : résultats de l'enquête nationale « DeptRea ». *Médecine Intensive Réanimation*. Volume 27 n°3. P273- 278 .repéré à : https://rea.revuesonline.com/articles/lvrea/pdf/2018/03/lvrea_2018_sprea001263.pdf

MACSF (2013). Glissement de tâche et responsabilité consulté le 13/04/2020 repéré à : http://www.afev-has.net/iso_album/2013_macsf.pdf

Malika Surbled (2011). Le glissement de tâche : une réalité cachée. *ActuSoins*. Repéré à : <https://www.actusoins.com/7675/glissement-de-taches-realite-cachee.html>

Mucchielli, R (2007). *Le travail en équipe. Clés pour une meilleure efficacité collective*. Paris. Ed ESF. p37.

Nouveau (2020). Dictionnaire Larousse en ligne consulté le 21/04/2020 repéré à : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/nouveau/55118?q=nouveau#54738>

Poirier E (2019). Les trois responsabilités de l'infirmière. *MACSF* consulté le 15/04/2020 repéré à : <https://www.macsf.fr/Responsabilite-professionnelle/Cadre-juridique/responsabilites-infirmiere>

Trentesse, A (2017). Première prise de poste après le DE : comment supporter l'angoisse ?. *Infirmiers.com* consulté le 16/04/2020 repéré à : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/premiere-prise-poste-surmonter-angoisse.html>

W,Hesbeen (1997). *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. p130.Paris, Masson

Wikipédia (2019). *Homo homini lupus est* consulté le 19/04/2020 repéré à : https://fr.wikipedia.org/wiki/Homo_homini_lupus_est

TABLE DES MATIERES DES ANNEXES

Annexe 1 : extrait d'un protocole autorisant un dépassement de compétences.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Annexe 3 : Entretien infirmier A

Annexe 4 : Entretien infirmier B

Annexe 5 : Grille d'entretien

Annexe 1 : extrait d'un protocole de soins

But et objet

Décrire un ensemble de pratiques spécifiques au service de réanimation CTCV, visant à garantir la sécurité du patient, prévenir la survenue d'infection et de complication.

Exigences à appliquer

- Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004
- Article R. 4311-7 : L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin : 13- Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux.
- Guide l'hygiène
- Recommandations pour la prévention des douleurs induites du CLUD
- Protocole d'administration du MEOPA

Responsabilités

L'ensemble du personnel médical et paramédical, chacun en fonction de son grade et de ses activités.
Dans le service, l'IDE est habilité(e) à pratiquer ce geste en collaboration avec l'A.S., en présence d'un médecin dans l'unité de soins.

Définitions

- Technique de soin qui consiste à retirer le ou les drains thoraciques. Le drain est retiré sur prescription médicale par deux opérateurs avec des conditions d'asepsie stricte.
- L'ablation du drain est envisageable lorsque l'événement ayant nécessité le drainage est résolu avec mise en évidence d'une bonne ré-expansion pulmonaire sur la radiographie pulmonaire, d'une absence de bullage du drain et d'un volume de sécrétions environ inférieur à 100 ml au cours des 12 dernières heures.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Préciser que cet entretien est anonyme et qu'il devrait durer environ 30 min

L'interviewé : qui êtes-vous (fonction) ? *Objectif : présentation du panel*

- depuis quand êtes-vous diplômé ?
- Parcours professionnel ?
- Depuis combien de temps en service de réanimation ?
- **Si je vous dis protocole de soins, quels sont les termes qui vous viennent à l'esprit ?**
 - *Objectif : connaître les représentations des professionnels de santé sur le protocole de soins*
- **Réglementairement, pourriez-vous me dire où vous vous situez lorsque vous réalisez un acte qui relève du médecin ?**

- **Bis : Si je vous dis dépassement de compétences quels termes viennent immédiatement à votre esprit ?**

- **Ter : Vous est-il déjà arrivé d'effectuer des actes hors champs de compétences IDE ? Si OUI qu'avez-vous éprouvé ? Si NON qu'en pensez-vous ?**
 - *Objectif : recueillir le point de vue des professionnels de santé sur leurs pratiques, comprendre leur ressenti sur le dépassement de compétences (en accord ? malaise ? vision sur le cadre encadrant leur pratique ?)*

- **Toujours en lien avec le dépassement de compétences IDE, sur le plan de votre responsabilité, qu'en pensez-vous ?**
 - *Objectif : savoir si la responsabilité est vécue comme quelque chose d'angoissant ou si avec l'expérience, les IDE sont plus à l'aise avec leurs responsabilités. Comprendre, dans le contexte de dépassement de compétences, le point de vue des professionnels sur leur responsabilité.*

- **Que penseriez-vous d'un nouvel IDE qui refuserait d'effectuer un soin encadré par un protocole ? Par exemple, l'ablation des drains thoraciques.**
- **Bis : face à cette situation, que feriez-vous ? Ou quels conseils pourriez-vous lui donner ?**
 - *Objectif : comprendre et évaluer la nature des réactions des IDEs experts.*

- **Y-a-t-il des choses que vous souhaiteriez me dire et que nous n'avons pas évoqué ?**
 - *Objectif : ouvrir la discussion afin d'amener éventuellement, des apports supplémentaires de la part des professionnels sur le sujet.*

Si entretien avec un médecin :

L'interviewé : qui êtes-vous (fonction) ? *Objectif : présentation du panel*

- depuis quand êtes-vous diplômé ?
- Parcours professionnel ?
- Depuis combien de temps en service de réanimation ?
- **Vous est-il déjà arrivé de rencontrer un infirmier qui refuse d'effectuer un soin prescrit par un protocole ?**
 - **Quelle a été votre réaction ? Quel a été votre ressenti ?**

Objectif : essayer de donner un aperçu de la relation médecin-infirmier dans leur pratique de tous les jours (collaboration ? jeux de pouvoir ?)

- **Que penseriez-vous d'un nouvel IDE qui refuserait d'effectuer un soin encadré par un protocole ? Par exemple, l'ablation des drains thoraciques.**
- **Bis : face à cette situation, que feriez-vous ? Ou quels conseils pourriez-vous lui donner ?**
 - *Objectif : comprendre et évaluer la nature des réactions des IDEs experts.*
 - *Objectif : savoir si les médecins connaissent le champ de compétences des infirmiers (comme l'infirmier doit le faire avec l'AS lorsqu'il fait une délégation de tâches).*

Annexe III : Entretien Infirmier A

1. Présentez-vous : (durée d'exercice, lieux d'exercice)

- Je suis infirmier depuis le 11 juillet 2015. Après l'obtention du diplôme j'ai travaillé un peu plus de deux mois en réanimation médicale, là où j'avais fait mon stage préprofessionnel. Actuellement je travaille en réanimation CTCV (chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire) où j'ai eu l'occasion d'y faire un stage au semestre 4 de ma formation. Il me connaissait donc déjà à l'embauche ce qui m'a permis d'y travailler. Au fil du temps j'ai été stagiairisé puis titularisé dans ce service.

Depuis 2016, j'ai entamé une procédure afin de pouvoir donner des cours aux étudiants arrivant en stage en réanimation CTCV mais aussi à l'IFSI (cours magistraux, TP, Jury de mémoire) car j'ai une certaine sensibilité sur le domaine des sciences de l'éducation. Je suis également titulaire d'un diplôme universitaire « Plaie et cicatrisation » obtenu en juin 2019, grâce auquel je peux accompagner les professionnels de la réanimation CTCV sur ce domaine.

Avec un collègue lui aussi diplômé de ce même DU nous réfléchissons aux moyens pour mettre en place un programme de formation sur les plaies au sein du pôle Cardiologie-Pneumologie et au sein du service de réanimation CTCV.

2. Si je vous dis « protocole de soins », quels sont les termes qui vous viennent à l'esprit ?

- Le protocole est une action mise en place avec l'accord d'un médecin. De par mon expérience professionnelle, il me semble que l'on peut distinguer les protocoles institutionnels (exemple du protocole de l'héparine) valables pour tous les services du CHU, des protocoles de soins spécifiques à chaque service comme la réanimation (exemple du protocole d'accueil de greffé du cœur sur les 5 jours post-opératoires et l'intégralité de l'hospitalisation, des protocoles de pose de perfusion, de réfection de pansements).
- Est-ce que le protocole de soins est comme une prescription médicale ?

- Le protocole de soins est une prescription médicale. Elle donne aux infirmiers une certaine autonomie dans le déclenchement du protocole et la mise en place de soins. Mais la marge de manœuvre dans les soins liés au protocole sera limitée.

3. Réglementairement, pourriez-vous me dire où vous vous situez lorsque vous réalisez un acte relevant du médecin ?

- Là c'est plus compliqué. Surtout en réanimation qui est un secteur très particulier, dans le sens où le code de santé publique régit notre rôle prescrit et notre rôle propre. Mais on se retrouve assez rapidement confronté à un flou artistique dans le service spécifique parce que l'on acquiert une spécificité. C'est un vaste débat car il y a une volonté à ce que chaque infirmier devienne un petit médecin donc on dépasse facilement nos compétences parce que l'on veut prouver que l'on est supérieur à d'autres.
- Il y a une idée de valorisation ?
- Une valorisation du métier en effet, même si cela ne nous donne aucun avantage de plus financièrement. Mais il y a aussi le fait que les médecins entendent que nous sommes infirmiers de réanimation donc forcément tu es plus qu'infirmier. L'image de la réanimation est enjolivée. Mon service est un service post-opératoire donc très spécifique. On doit donc réfléchir assez vite. On va facilement voir les internes pour la prise en charge, ces internes que l'on manage pas mal à leur arrivée dans le service. Et du coup on a une prise relativement importante d'autonomie. Cette prise est parfois volontaire, parfois involontaire. Mais notre dépassement de compétences arrive vite.
- Ce serait donc quelque chose de multifactoriel, tant lié à la vision de l'infirmier de son rôle, que de l'exigence du médecin et du service ?
- C'est exactement ça. C'est bien multifactoriel. Il y a une part médecin dépendante. Tu es toi-même passé par la réanimation CTCV, tu vois donc bien quel médecin est prêt à te laisser plus d'autonomie et te laisser plus proposer ta réflexion soignante sur certaines situations. De même avec des internes qui prennent plus le temps d'écouter le discours des infirmiers voire des aides-soignants avec attention pour avoir leur vision de la situation. Il arrive donc régulièrement que l'infirmier suggère des orientations à l'interne ou au médecin.

Pour exemple, dernièrement une sortie de salle opératoire très hémorragique sur un Syncardia (dispositif de cœur artificiel pour patient en attente d'une greffe) j'ai proposé au médecin d'ajouter aux traitements déjà prescrits de passer des facteurs de coagulation. Et ça a été validé. Ce sont des suggestions mais je dépasse mon cadre légal car je propose des thérapeutiques au sens clinique des choses. Est-ce que ça s'entend comme dépassement de compétences ? Je ne suis pas sûr. Peut-être peut-on parler de dépassement de compétences involontaire ?

Je le distingue du dépassement de compétence volontaire et institutionnel. Par exemple, j'extube alors que je n'ai pas le droit car légalement, si je fais ça, je dois pouvoir ré-intuber s'il y a un problème. J'enlève des drains thoraciques, comme des drains pleuraux. Normalement je ne devrais pas le faire car il y a un risque lors de l'ablation du drain de faire un pneumothorax au patient et les garanties de sécurité du patient sont de l'ordre du médical. Un autre exemple, lorsque la saturation est difficile à obtenir et à évaluer dans le cas d'un patient en bas débit, certains médecins prescrivent un gaz du sang. Il arrive parfois que des infirmiers, notamment moi, suggérons de notre propre initiative très fortement de faire un gaz du sang pour avoir une valeur fiable et il arrive que nous le suggérons mais que nous ayons fait l'acte.

- Est-ce que ça peut être lié aussi au technicité important des patients dans le service, facilitant certains actes comme le prélèvement artériel et vous permettant de prendre certaines décisions plus rapidement ?
- Oui c'est ça. Le fait de piquer en périphérique aurait été plus difficile.

Cette réponse anticipe ma question suivante qui est : **avez-vous déjà effectué des actes hors champ de compétences IDE ?**

- Oui beaucoup. Enormément. Si je devais donner une estimation liée à mon service, lorsque l'on fait une semaine d'après-midi, je pense que l'on effectue une bonne dizaine d'actes hors champ de compétence. L'ablation des drains, l'extubation, la suggestion des bilans et des thérapeutiques. Je distingue finalement le dépassement de compétences volontaire et involontaire comme évoqué précédemment. L'involontaire serait la suggestion. On suggère quelque chose fortement mais c'est pour appuyer notre expérience. On a besoin de reconnaissance auprès des

médecins et on a parfois envie de suggérer pour faire avancer les choses. Et des choses qui sont involontaires car dues au service. Les protocoles où l'on dépasse nos compétences sont des protocoles de service validés par le chirurgien chef de la réanimation. D'ailleurs, tu ne verras aucun médecin enlever des drains thoraciques ! Les poser pas de problèmes. Mais les enlever aucun. Sauf s'il y a un problème de butée comme cela a pu arriver et dans ce cas-là c'est l'interne de chirurgie qui viendra les enlever ou le patient retournera au bloc pour l'ablation.

Qu'est-ce-que vous avez éprouvé lors des premières fois où vous avez effectué un dépassement de compétences et qu'est-ce-que vous éprouvez lorsque vous faites un acte hors de votre champ de compétences ?

- La toute première fois, j'étais en stage en début de deuxième année. J'étais en libéral et je faisais les tournées tout seul. Cela avait fait grand bruit à ce moment-là à l'IFSI et je t'avouerai que c'était une source de satisfaction personnelle, dans le sens où je me suis dit que je « relevais le niveau assez vite » afin d'être autonome et afin d'avoir les félicitations de l'évaluateur. On me donnait la liste des patients que je devais aller voir et concrètement si tu y arrives et que ça se passe bien alors il n'y avait pas de problèmes. Comme lorsque l'on dépasse notre champ de compétences en service. Cependant le revers de la médaille, c'est que si tu as un problème lié à la sécurité ou à une mauvaise gestion de l'acte qui dépasse ton champ de compétences le bâton peut revenir. La responsabilité sera donc pour toi, pour le médecin, pour l'aide-soignant qui est avec toi et t'aide. La responsabilité est partagée mais on doit bien s'entendre avec ça : le médecin doit être au courant de ce que tu fais. Pour l'extubation on prévient le médecin de ce que l'on va faire. Certains médecins disent « tu l'extubes quand tu le sens ». Heureusement que j'ai de l'expérience, que je ne débute pas ou ne suis pas stagiaire car cette phrase quand je la prends dans la tronche, pardon du mot tronche, mais elle reste assez dure. Le risque serait que j'extube un patient encore somnolent, que j'enlève la sonde d'intubation à un patient super agité mais ne répondant pas aux ordres simples et donc je mettrai en péril sa ventilation.

Il faut donc savoir pourquoi tu dépasses tes compétences. Cela se fait après avoir acquis de la sagesse. Au début on peut se dire « ils me font confiance, c'est bien » c'est quelque chose d'acquis. Mais il faut se rappeler qu'à la fin du mois, la paye reste identique. Elle n'augmente pas même si on augmente nos responsabilités (DU ou pas).

Il faut donc être capable de gérer sa responsabilité, la sécurité et s'assurer que l'on a un bon soutien derrière et que l'on fait les choses correctement.

Par exemple, si tu es stagiaire en réanimation CTCV et que tu n'es pas au clair avec l'ablation des drains ou l'extubation, il faut savoir dire « je ne suis pas capable de le faire, je ne veux pas prendre la responsabilité de faire à la place de ... » Il est important de se positionner.

- Si je résume un peu sur ce que l'on ressent lorsque l'on dépasse nos compétences : quand on est étudiant on est valorisé, on a confiance en moi et c'est quelque chose de positif. Et viens le moment où on est professionnel et où l'on se dit « attention je prends des risques pour moi, pour ma carrière, pour le patient ».
- Tout à fait. Mais il ne faut pas considérer qu'il y a une absence de risque parce que tu es étudiant. Il y a une tolérance sur le droit à l'erreur, une protection institutionnelle. Attention tout de même, certaines erreurs ne se rattrapent pas. Des erreurs, en fonction de leur gravité devront être signifiées mais ne mettront pas forcément en jeu le diplôme. Quand on passe professionnel attention... L'erreur peut aussi être une source de réajustement.

Que penseriez-vous d'un nouvel IDE qui refuserait d'effectuer un soin encadré par un protocole ? Par exemple, l'ablation de drains thoraciques. Face à cette situation, que feriez-vous ? Quels conseils pourriez-vous lui donner ?

- Si je suis dans l'accompagnement du nouveau professionnel, je l'inviterai à s'expliquer avec le médecin référent s'occupant du patient qui a prescrit l'ablation des drains. Ce sera peut-être mal vu. Cependant ça reste une histoire de responsabilité comme on en a parlé tout à l'heure. Personnellement, je n'ai aucune objection à ce que l'infirmier du secteur

n'enlève pas les drains parce qu'il n'est pas au clair avec ça ou qu'il n'a pas envie de mettre en jeu son diplôme avec ce geste. C'est tout à fait understandable.

Il faut cependant faire attention à la façon dont c'est dit. Il faut amener ça avec tact. Si l'infirmier se retrouve seul à ne pas effectuer ce soin il faudra en parler avec la cadre du service, avec l'équipe médicale de façon générale. L'idée n'est pas de mettre à l'écart cette personne mais éventuellement de lui proposer de la former à cet acte.

Mais il faut aussi comprendre les motifs du refus. La réanimation CTCV étant un service spécifique, l'ablation des drains est quotidienne et parfois plusieurs fois par jour. Un infirmier ne travaille jamais seul dans un service mais en équipe et je ne pense pas que ta collègue qui a un secteur plein accepte d'enlever les drains de tes patients.

Ce serait donc à discuter en équipe, qu'un consensus soit trouvé pour étiqueter que tu ne retires pas les drains en fonction des conditions ou si c'est un défaut de formation on te forme, on t'encadre sur les premiers.

Concernant les étudiants, on formait les étudiants à les enlever. Et puis, sans qu'il y ait d'accident ou autre, on s'est rendu compte que l'on vous plaçait en difficulté vis-à-vis de ce soin. C'est notamment un soin que vous rapportiez souvent dans des analyses de pratiques professionnelles et qui était décrit comme étant du dépassement de compétences.

On a donc pris le parti de vous faire observer le soin et de ne vous faire que clamber le drain afin de comprendre le mécanisme d'aspiration du drain, cependant nous ne vous laissons plus faire la suture. Dans quelle dynamique tu avais été ?

- Personnellement j'étais dans la position qu'a en général l'aide-soignant, je m'occupais de la tubulure du drain.
- C'est effectivement comme ça que je pense que vous pouvez être formés. Il n'y a pas de risques pour vous et moi à tout moment je peux clamber le drain si besoin pour assurer la sécurité du patient. C'était minimiser les risques de survenue d'un pneumothorax. Mais ça permettait de faire prendre conscience aux étudiants qu'un drain ce n'est pas rien. Ces gestes qui paraissent anodins dans un service particulier ne le sont finalement pas. Il faut saisir la chance de pouvoir être formé sur des

choses que l'on n'a pas l'habitude de voir mais il faut être conscient du risque que l'on prend à retirer ses dispositifs. Fort de mon expérience en réanimation l'infirmier va souvent être dans le dépassement de compétences sur le retrait de dispositifs médicaux. Le risque de complications pour le patient est minime quand l'infirmier a de l'expérience.

- L'expérience est donc une valeur ajoutée pour pouvoir pratiquer ce dépassement de compétences le plus en sécurité possible ?
- Clairement. Il faut déjà considéré qu'un infirmier nouvellement diplômé arrivant en réanimation CTCV aura besoin d'environ six à huit mois pour être vraiment autonome. Il lui faudra du temps pour s'habituer aux pathologies du service, aux protocoles, aux dispositifs médicaux etc... On ne peut pas tout emmagasiner d'un coup. Il y a donc certaines choses que tu pourras laisser à certains et certaines collègues afin qu'ils t'apportent des éléments théoriques sur certains actes mais aussi qu'ils t'aident à te former sur certains actes pratiques comme l'ablation de drains. Moi ça m'arrive d'enlever des drains ou d'extuber un patient parce que ma nouvelle collègue n'est pas encore à même de le faire.
- Finalement la première réaction vis-à-vis de quelqu'un qui ne se sentirait pas à l'aise voire contre le fait de faire ce soin est d'accompagner la personne et de former la personne sur la théorie et la pratique.
- Tout à fait car cela permet d'expliquer en temps réel et de faire participer. Ainsi le collègue ou le stagiaire a le supplément d'informations théoriques, la pratique et j'ajouterai même un retour d'expérience, du vécu en tant que spectateur. La fois suivante on pourra lui proposer d'être acteur et d'être encadré par un collègue expérimenté.
- Si je résume ce que l'on a dit : le dépassement de compétences tu y as été confronté...
- Tous les jours.
- Tu y es donc confronté, tu en fais. C'est quelque chose que vous ne vivez pas mal car vous avez une certaine expérience en tant que soignant en réanimation. Cependant, il est important de continuer à réfléchir dessus afin de savoir pourquoi et dans quelles conditions on le fait. Pour finir si un professionnel refuse d'effectuer ce genre d'acte, il est bon d'en

discuter avec lui, de ne pas le rejeter mais l'accompagner au mieux et donc participer à son intégration à l'équipe.

- Exactement.

Y a-t-il des choses que vous souhaiteriez me dire et que nous n'avons pas évoquées ?

- Non je pense que l'on a fait le tour.

Annexe IV : entretien Infirmière B

Présentez-vous

- Je suis infirmière depuis juillet 2018 j'ai travaillé pendant 9 mois en réanimation CTCV à Rennes. J'ai ensuite travaillé 3 mois aux urgences à Royan. Et depuis le mois de juillet 2019 je suis infirmière intérimaire. Je vais donc un peu partout, dans différents services différents hôpitaux et dans des EHPAD et parfois en clinique.

Si je vous dis protocole de soins, quels sont les termes qui vous viennent à l'esprit ?

- Règle, guide.
- Est-ce que ça sert de cadre finalement?
- Oui ça permet de savoir comment réaliser un soin et ça permet aussi de savoir quelles sont les dernières recommandations et mises à jour liées à ce soin. Au moins on utilise un protocole quand on ne sait pas faire un soin ou qu'on ne sait plus comment le réaliser. Ou que l'on veut être sûr de ce que l'on fait on prend le protocole et on regarde ce qui est écrit et quelles sont les indications. C'est à la fois un guide et un mode d'emploi du soin.
- Est-ce que ça peut faire office de prescription médicale ?
- Non pour moi ce n'est pas la même chose. On distingue le protocole et la prescription. Par exemple si on a besoin de refaire un pansement de cathéter central on n'a pas besoin de la prescription médicale, il y a un protocole d'écrit. Il y a des protocoles écrits pour des actes du quotidien : une prise de sang, par exemple, pour laquelle normalement on a besoin d'une prescription, dans certains cas on n'en aura pas besoin pour la réaliser du fait de l'existence d'un protocole.

Réglementairement pouvez-vous me dire où vous situez-vous lorsque vous effectuez un acte qui relève du médecin ?

- Ah ! Vous voulez dire qui relève de mon rôle prescrit mais qui n'est pas dans mon champ de compétences infirmières ?
- Oui
- Je suis en dépassement compétences.

Si je vous dis dépassement de compétences quels termes viennent immédiatement à votre esprit ?

- Je sors de la réglementation. Je sors de la loi et du cadre des textes qui disent ce que j'ai le droit ou pas le droit de faire. Le dépassement de compétences pour moi c'est faire quelque chose pour laquelle je ne suis pas formée et qui, au regard de la loi, me dis que si je fais ça ce n'est pas légal du point de vue de mon poste.

Vous est-il déjà arrivé d'effectuer des actes hors champ de compétence IDE ? Si oui qu'avez-vous éprouvé ? Sinon qu'en pensez-vous ?

- Oui ça m'est arrivé. J'ai envie de dire ça dépend de l'acte. Typiquement le soin qui est pris en exemple pour illustrer le dépassement de compétences c'est le premier sondage urinaire chez un homme. Si ce n'est pas le premier sondage (le premier passage) chez l'homme, alors je suis formée à le faire et j'ai le droit de le faire. Mais en fonction du service dans lequel tu te trouves, ou du médecin face auquel tu te trouves, si tu lui dis que c'est à lui de le faire, parce que c'est son rôle et que toi tu n'as pas le droit, bien souvent il répond qu'il ne sait pas le faire. Même si légalement c'est à lui de le faire. Un autre exemple : l'ablation de drains thoraciques. Je ne l'ai pas fait beaucoup de fois mais je n'ai jamais été à l'aise avec ce soin. Je l'ai fait parce que c'était le fonctionnement du service et que c'était cadré par un protocole de service. Je n'ai jamais été à l'aise de le faire.
- Le fait qu'il y ait un protocole vous a-t-il fait sentir plus à l'aise vis-à-vis de la responsabilité ou pas ?
- Je ne suis pas sûre. Cela me fait sentir que je n'ai surtout pas le choix de le faire. si aujourd'hui j'ai un patient avec des drains, que dans le service ce sont les infirmiers qui font cet acte-là, j'ai le sentiment que je n'ai pas le choix de le faire même si je suis mal à l'aise avec. Toutefois je me dis, si un protocole est fait sur certains actes par les médecins, en accord avec tout le monde dans le service, c'est que les risques sont moindres et que l'on est en capacité de le faire car il ne représente pas une difficulté technique. Mais ne savais pas si les professionnels avaient été consultés par rapport à ce protocole.

Que penseriez-vous d'un nouvel IDE qui refuserait d'effectuer un soin encadré un protocole ? Par exemple, l'ablation des drains thoraciques.

- Je pense qu'il est dans son droit et qu'il a raison. Après ça devient compliqué vis-à-vis du travail dans le service. S'il refuse de le faire, cela veut dire que quelqu'un devra le faire. et je pense qu'il en sera blâmé par l'entourage du milieu dans lequel il travaille. Mais refuser un acte qui n'est pas de nos compétences

fait partie de notre travail, de notre législation. C'est arriver à se positionner en disant que le cadre d'exercice c'est celui-là et que je ne veux pas le dépasser.

Face à cette situation que feriez-vous ? Ou quels conseils pourriez-vous lui donner ?

- Je lui conseillerais déjà de se renseigner sur le soin. Pourquoi ce n'est pas un soin infirmier mais c'est un soin médical ? Et surtout pouvoir en discuter avec les personnes qui ont instauré ce protocole. Le but est d'essayer de comprendre pourquoi le service considère cela comme normal et que lui puisse exprimer pourquoi il ne veut pas le faire. Il est important de comprendre pourquoi on fait ce soin car il n'est pas normal d'effectuer quelque chose sans comprendre le fonctionnement du service. Il est intéressant de comprendre comment on en est arrivé à un dépassement de compétences acquis et accepté par tous dans le service. Il faudrait aussi qu'il soit formé pour effectuer ce soin et que l'on s'assure que le personnel du service soit formé car ce ne sont pas des gestes anodins.

Y a-t-il des choses que vous souhaiteriez me dire et que nous n'avons pas évoquées ?

- On parle aussi souvent du dépassement de compétences des infirmiers vis-à-vis des aides-soignants. Je pense qu'il y a quelque chose à faire à ce niveau. C'est un glissement dans les deux sens. En tant qu'infirmier nous sommes amenés à faire plus de choses que nous n'étions pas censé faire. Et donc les choses que l'on était censé faire on n'a plus le temps de les faire. Donc on demande à une personne qui est l'aide-soignant de les faire. On voit quand même les choses évoluer, maintenant les aides-soignantes sont formées pour prendre la tension, chose qu'il n'y avait pas il y a encore quelques années. On voit aussi que l'on forme des IPA qui auront un champ de compétences plus avancé que les IDE. Comme les IADE ont un champ de compétences plus large que le nôtre. Certains gestes uniquement médicaux deviennent aussi des gestes de spécialité infirmière. Il y a une évolution des pratiques qui a un impact sur l'évolution de la formation, mais l'évolution des pratiques est plus rapide que l'impact qu'il a. Par exemple cela fait peu de temps que les aides-soignants peuvent prendre des glycémies alors qu'avant ils n'avaient pas le droit.

Annexe 5 : Grille d'entretien

Thème	Sous-thème	IDE A	IDE B
Protocole de soins	<p>Prescription médicale</p> <p>Protocole institutionnel</p> <p>Protocole de service</p> <p>Guide</p>	<p>« il me semble que l'on peut distinguer les protocoles institutionnels ... des protocoles de soins spécifiques à chaque service »</p> <p>« Le protocole de soins est une prescription médicale »</p> <p>« autonomie dans le déclenchement du protocole et la mise en place de soins. »</p>	<p>« Pour moi ce n'est pas la même chose. On distingue le protocole et la prescription. »</p> <p>« Règle. Guide »</p>

<p>Dépassement de compétences</p>	<p>Hors réglementation</p> <p>Spécificité du service /spécificité des professionnels.</p> <p>Supériorité</p> <p>Sentiment de valorisation</p>	<p>« Surtout en réanimation qui est un secteur très particulier... on acquiert une spécificité. »</p> <p>« il y a une volonté à ce que chaque infirmier devienne un petit médecin donc on dépasse facilement nos compétences parce que l'on veut prouver que l'on est supérieur à d'autres. »</p> <p>« Une valorisation du métier »</p> <p>« le fait que les médecins entendent que nous sommes infirmiers de réanimation donc forcément tu es plus qu'infirmier »</p> <p>« on a une prise relativement importante d'autonomie. Cette</p>	<p>« Je sors de la loi et du cadre des textes qui disent ce que j'ai le droit ou pas le droit de faire. »</p>
-----------------------------------	---	---	---

	<p>Multifactoriel</p> <p>Plusieurs formes de dépassement de compétences</p>	<p>prise est parfois volontaire, parfois involontaire. Mais notre dépassement de compétences arrive vite. »</p> <p>« C'est bien multifactoriel »</p> <p>« dépassement de compétences involontaire » « du dépassement de compétence volontaire et institutionnel »</p> <p>« L'involontaire serait la suggestion. On suggère quelque chose fortement mais c'est pour appuyer notre expérience. On a besoin de reconnaissance auprès des médecins et on a parfois envie de suggérer pour faire avancer les choses. Et des choses qui sont involontaires car dues au service. Les protocoles</p>	<p>« Si ce n'est pas le premier sondage, le premier passage, chez l'homme alors je suis formée à le faire et j'ai le droit de le faire. Mais en fonction du service dans lequel tu te trouves ou du médecin face auquel tu te trouves, si tu lui dis que c'est à lui de le faire parce que c'est son rôle et que toi tu n'as pas le droit, bien souvent il répond qu'il ne sait pas le faire. Même si légalement c'est à lui de le faire. »</p>
--	---	--	---

	Répétition de dépassement de compétences. Pratique habituelle.	<p>où l'on dépasse nos compétences sont des protocoles de service validés par le chirurgien chef de la réanimation. »</p> <p>« Enormément. Si je devais donner une estimation liée à mon service ... je pense que l'on effectue une bonne dizaine d'actes hors champ de compétence »</p>	« que c'était le fonctionnement du service et que c'était cadré par un protocole de service. »
Responsabilité infirmière	<p>Le positionnement</p> <p>Les raisons</p>	<p>« il faut savoir dire « je ne suis pas capable de le faire, je ne veux pas prendre la responsabilité de faire à la place de ... » Il est important de se positionner. »</p> <p>« Il faut donc savoir pourquoi tu dépasses tes compétences. Cela</p>	<p>« Cela me fait sentir que je n'ai surtout pas le choix de le faire »</p> <p>« même si je suis mal à l'aise avec »</p> <p>« C'est arriver à se positionner en disant que le cadre d'exercice c'est celui-là et que je ne veux pas le dépasser. »</p>

	<p>Evolution de la perception de la responsabilité</p> <p>Conscience d'être tenu pour responsable</p>	<p>se fait après avoir acquis de la sagesse. »</p> <p>« Au début on peut se dire « ils me font confiance, c'est bien » c'est quelque chose d'acquis. Mais il faut se rappeler qu'à la fin du mois, la paye reste identique. Elle n'augmente pas même si on augmente nos responsabilités »</p> <p>«... concrètement si tu y arrives et que ça se passe bien alors il n'y avait pas de problèmes. Comme lorsque l'on dépasse notre champ de compétences en service. Cependant le revers de la médaille, c'est que si tu as un problème lié à la sécurité ou à une mauvaise gestion de l'acte qui dépasse ton champ de</p>	
--	---	---	--

	Refus d'exécution du geste	compétences le bâton peut revenir. La responsabilité sera donc pour toi... »	« refuser un acte qui n'est pas de nos compétences fait partie de notre travail, de notre législation »
Intégration d'un nouvel arrivant	Possibles effets négatifs Légitimité du nouvel arrivant	« Ce sera peut-être mal vu » « Personnellement, je n'ai aucune objection à ce que l'infirmier du secteur n'enlève pas les drains parce qu'il n'est pas au clair avec ça ou qu'il n'a pas envie de mettre en jeu son diplôme avec ce geste. C'est tout à fait understandable. »	« et je pense qu'il en sera blâmé par l'entourage du milieu dans lequel il travaille. » « Je pense qu'il est dans son droit et qu'il a raison »

	Echange /Discussion	<p>collègue qui a un secteur plein accepte d'enlever les drains de tes patients. »</p> <p>« à discuter en équipe »</p> <p>« il faut aussi comprendre les motifs du refus »</p> <p>« à s'expliquer avec le médecin référent... »</p>	<p>refuse de le faire, cela veut dire que quelqu'un devra le faire. »</p> <p>« pouvoir en discuter »</p> <p>« comprendre pourquoi le service considère cela comme normal et que lui puisse exprimer pourquoi il ne veut pas le faire »</p>
--	---------------------	---	--

Nom : Allain Prénom : Pierre

Titre du document : L'impact du dépassement de compétences sur la responsabilité infirmière et l'intégration d'un nouvel arrivant

RESUME:

Au cours d'un stage en début de deuxième année, j'ai vu des infirmiers exécuter un soin technique prescrit par un médecin et encadré par un protocole médical (de service). Au début, je n'étais pas surpris. Jusqu'à ce que je regarde dans le Code de Santé Publique. Les infirmiers n'étaient pas autorisés à effectuer ce soin. J'étais donc perdu : il y avait un protocole, alors pouvait-ils ou pas faire ce soin ? La réponse est non, mais ils l'ont fait. Au cours d'autres stages, j'ai pu constater que ce n'était pas uniquement dans ce service que les infirmiers dépassaient leurs compétences. Demain, je serai dans les services et peut-être que je ferai comme eux. Ma problématique est donc : « En quoi un protocole médical autorisant un dépassement de compétences impacte-t-il la responsabilité infirmière et l'intégration d'un nouvel arrivant ? »

Pour répondre à cette question j'ai exploré des concepts théoriques à propos du protocole médical, du dépassement de compétences, de la responsabilité infirmière et de l'intégration d'un nouvel arrivant. J'ai également mené deux entretiens avec des infirmiers qui ont travaillé dans des services de réanimation. Aujourd'hui l'un travaille en réanimation et l'autre est infirmière intérimaire. Selon leurs propos, ils ont tous les deux effectués du dépassement de compétences. C'est une réalité dans les services et ils ne se sentent pas forcément dans l'inconfort à en réaliser. Ils ont tous les deux abordé l'importance du positionnement professionnel et l'importance d'être capable de dire « non » et d'expliquer pourquoi.

Pour conclure, cette réflexion m'a fait progresser sur la compréhension de mon futur cadre de travail. Le dépassement de compétences est une réalité et l'intégration d'un nouvel arrivant peut être influencée s'il refuse de le faire. Mais avec une posture professionnelle on peut prendre nos responsabilités à ce propos et en échanger avec l'équipe du service.

ABSTRACT :

Document title: The impact of the exceeding of competence on nursing responsibility and integration of a newcomer.

During an internship in the beginning of my second year, I saw nurses doing technical care prescribed by the doctor and framed by a protocol. At first, I wasn't surprised. Until I looked in the "Code de Santé Publique". Nurses are not allowed to do this medical act. So I was lost: there is a protocol, so did they can do this? The answer is no, but they did. In others internships I can see it there not just in this unit those who nurse outside their competence. Tomorrow I will be in the units and maybe I will do the same. My question is: "How a medical protocol authorizing the exceeding of competence impacts nursing responsibility and the integration of a newcomer?"

To answer this question I explored theoretical concepts about medical protocol, exceeding competence, nursing responsibility and integration of newcomer. I also did two interviews with nurses who practiced in a resuscitation unit. Actually, one works in a resuscitation unit and the other is temporary worker nurse. According to their communication, they both exceeded their competences. It's a reality in units for many reasons but they do not always feel uncomfortable doing it. They spoke about the importance of ethical posture and the importance of being able to say "no" and explain why.

To conclude, this reflection made me improve about the understanding of my future work frame. The exceeding of competence is a reality and the integration of a newcomer could be influenced if he decline it. But with a professional stance we can take our responsibility about this subject and exchange it with the team of the unit.

Mots clefs : infirmier, protocole médicale, responsabilité, dépassement de compétences, intégration d'un nouvel arrivant.

Keywords : nurse, medical protocol, responsibility, exceeding of competence, integration of a newcomer.

Institut de Formation en Soins Infirmiers Guillaume Régnier.
15 Rue du Bois Perrin 35703 RENNES CEDEX 7.
Travail écrit de fin d'études.