



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Le jugement clinique et la prise de décision de l'infirmière en EHPAD sans prescription médicale

Formateur référent mémoire :
Murielle Lasbleiz

NOM-Prénom de l'étudiant.e :
ABRAZARD Mathieu
Formation infirmière
Promotion 2020-2023

Date :02/05/2023



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études : Le jugement clinique et la prise de décision de l'infirmière en EHPAD sans prescription médicale

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 ».

***J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études,
réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'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 02/05/2023

Identité et signature de l'étudiant :

ABRAZARD Mathieu

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.

“Mais oui, on sait qu'on risque notre diplôme clairement,

Donc oui, je connais les risques,

mais je ne dis pas que j'arrêteraï du jour au lendemain de dépasser mes compétences

parce que je sais que ce sera tout le temps en faveur du résident.

Et ça, ça reste pour moi une priorité quand même dans un service d'EHPAD.”

(IDE II)

Remerciements

Je tiens à remercier

Murielle Lasbleiz, ma formatrice guidante de ce mémoire qui m'a accompagné, soutenu et aidé dans la réalisation et l'écriture.

Kélig Auger-Duclos, ma formatrice référente pédagogique pour son accompagnement pendant ces trois années de formation.

Plus largement l'équipe pédagogique de l'IFSI du PFPS du CHU de Rennes.

Les deux infirmières qui m'ont donné de leur temps pour répondre à mes questions lors des entretiens.

Les lieux de stages et les professionnels qui m'ont accueilli, formé et qui ont contribué par leurs réflexions dans la réalisation de ce mémoire.

Mes collègues de promotions et amis pour leurs aides et conseils, particulièrement Margaux pour sa contribution.

Ma mère, pour sa relecture, sa disponibilité et son attention.

Table des matières

1) INTRODUCTION.....	1
2) CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DÉPART.....	2
2.1) Les situations d'appel.....	2
2.2) Le questionnement.....	2
2.3) La question de départ.....	4
3) CADRE CONCEPTUEL.....	5
3.1) L'EHPAD.....	5
3.1.1) L'EHPAD.....	5
3.1.2) La personne âgée et le résident en EHPAD.....	5
3.2) La prise en soin en EHPAD.....	6
3.2.1) L'équipe pluridisciplinaire.....	7
3.2.2) La collaboration en EHPAD.....	7
3.2.3) La prise en soin médicale en EHPAD.....	8
3.3) Rôle infirmier lorsqu'un résident se dégrade.....	9
3.3.1) L'altération de l'état de santé.....	9
3.3.2) Rôle IDE en EHPAD.....	9
3.3.3) La législation.....	10
3.4) L'expertise infirmière de la situation.....	11
3.4.1) Le chemin clinique.....	11
3.4.2) Le jugement clinique.....	12
4) MÉTHODOLOGIE.....	13
4.1) Le choix et la construction de l'outil.....	13
4.2) Le choix des professionnels.....	13
4.3) L'Organisation.....	14
4.4) Bilan du dispositif.....	14
5) ANALYSE DESCRIPTIVE.....	15
5.1) La prise en soins et la collaboration lors de l'altération de l'état d'un résident en EHPAD.....	15
5.2) La prise en soin sans prescription médicale en EHPAD.....	17
6) DISCUSSION.....	20
7) CONCLUSION.....	26

1) INTRODUCTION

“Selon l’Insee, en 2040 la France comptera 1,4 million de personnes âgées en perte d'autonomie. (...) Face à ce constat, comment permettre aux personnes en situation de (grande) dépendance, de bénéficier d’une prise en charge de qualité ?” (Rogez, 2011, p.4). Dans une société où les enfants n’accueillent plus leurs parents sous leurs toits jusqu’à la fin de vie, les personnes âgées restent désormais à leur domicile le plus longtemps possible grâce à des réseaux de santé ruraux et libéraux développés. Malgré tout et pour différentes raisons, le maintien à domicile de nos aînés en perte d'autonomie n’est pas toujours possible et ceux-ci sont contraints de rejoindre des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

La réflexion, sur laquelle porte mon mémoire, part de ce premier constat d’une population vieillissante et dépendante qui vient trouver refuge en EHPAD¹. Et d’un autre côté, un constat de difficultés d’offres de soins médicaux, dans le secteur médico-social, grandissant. Les infirmiers en EHPAD sont aujourd’hui les soignants garants de la sécurité des soins et se retrouvent parfois avec des difficultés à jongler entre différents acteurs et différentes situations médicales compliquées. Lors de mes stages et en travaillant en tant qu’aide-soignant, j’ai plusieurs fois entendu des infirmières me dire “je n’ai pas le droit de le faire” et pourtant réaliser des soins sans prescription médicale. Les raisons pour lesquelles ils en arrivent à ce genre de situation m’ont interpellé et le mémoire d’initiation à la recherche en soins infirmiers (MIRSI) est l’occasion de se pencher sur ce questionnement que j’ai en tête depuis le début de ma formation.

Ce mémoire abordera le fonctionnement et la prise en soin médicale des résidents en EHPAD ainsi que la manière dont les infirmières prennent une décision lors de l’altération de l’état de santé d’un résident. Une grande partie sera dédiée aux soins réalisés sans prescriptions médicales et leurs conséquences. Ce mémoire me permettant d’avoir une première approche de la recherche en soins infirmiers commencera respectivement par le cheminement vers la question de départ. Les notions de cette question seront ensuite développées dans le cadre conceptuel. Deux entretiens semi-directifs, auprès de professionnels de santé infirmiers, seront réalisés grâce à un guide d’entretien et une analyse descriptive de la transcription sera faite. Viendra enfin le temps de terminer ce mémoire avec la discussion qui me permettra de répondre à une partie de mes questionnements et de donner mon point de vue sur les notions abordées tout au long de ce travail.

¹ Lire partout établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes.

2) CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DÉPART

Le travail de construction de la question de départ pour le MIRSI commence par des situations d'appel. Ces situations, que l'étudiant a vécues, ont un lien et abordent un thème commun. Les questionnements qui résultent de ces situations amènent à la question de départ.

2.1) Situations d'appel

Situation 1 :

Dans le cadre de ma formation, je suis allé en stage plusieurs semaines dans un EHPAD public. Cet EHPAD se compose de 75 lits répartis en trois services. Deux de ces trois services comptent un secteur fermé dédié aux personnes âgées qui ont des troubles cognitifs importants dont la maladie d'alzheimer. L'infirmière en poste est seule pour les 75 résidents. Il n'y a pas de médecin régulateur dans cet EHPAD et les prescriptions médicales doivent donc obligatoirement passer par le médecin traitant de chaque patient.

Dans ces circonstances, à la fin de la journée, l'infirmière prend l'habitude de demander aux aides-soignants si des résidents ont alerté leur attention. En effet, ce sont les soignants les plus en contact avec les résidents notamment lors de leurs soins de confort. Pour ces raisons, les infirmières s'adressent à eux pour identifier les résidents qui nécessitent, par exemple, une hydratation. Les infirmières m'expliquent qu'elles recherchent ici des résidents présentant des signes de vulnérabilité tels qu'une diminution de la mobilisation, de l'alimentation ou encore de l'hydratation. Il est important, dès les premiers jours, de prêter attention à ces patients vulnérables qui risquent, sinon, de présenter rapidement une déshydratation pouvant entraîner par la suite des problèmes d'altération de leur état cutané, des troubles cognitifs... A la suite de ces transmissions inter équipe, les infirmières vont au chevet du résident afin de juger de leur état clinique. L'observation va leur permettre de voir si les résidents nécessitent ou pas la visite du médecin traitant, pour la pose d'une hydratation en sous cutanée. La pose d'une perfusion d'hydratation est un acte qui nécessite une prescription médicale.

Elles justifient ce geste comme du bon sens, de la bienveillance et de l'humanisme face à ces situations d'altération des résidents. Il est pour elles difficilement acceptable de les voir se dégrader sans réagir. Cette hydratation permet la plupart du temps, d'améliorer l'état général des résidents concernés selon les infirmières. En effet, elles m'expliquent que les médecins traitants ont très peu de disponibilités pour venir voir les résidents. Ainsi, il est compliqué pour elles d'attendre que le médecin traitant se déplace et réalise les prescriptions médicales. Elles décident, dans certains cas où les patients se dégradent très rapidement, de poser une hydratation avant l'arrivée du médecin. Cette

hydratation permet la plupart du temps, d'améliorer l'état général des résidents concernés selon les infirmières.

Situation 2 :

Toujours dans le cadre de ma formation, j'ai été en stage pendant 7 semaines dans un EHPAD privé comportant 35 résidents. L'infirmière en poste est seule pour tous les résidents. Il y a un médecin régulateur dans cet EHPAD mais sa mission n'est pas de réaliser le suivi des résidents pris en charge par leurs médecins traitants. Les prescriptions médicales passent, pour la plupart, par le médecin traitant des patients ou le médecin spécialiste de la pathologie.

Dans cet EHPAD, il y a une résidente (Mme H.) qui est diabétique insulino dépendante. Le diabète de cette résidente influe beaucoup sur son humeur, et lorsqu'elle est en hyperglycémie, cela provoque un endormissement de cette dernière. Alors que l'hypoglycémie provoque chez elle un énervement et une irritabilité pouvant aussi conduire à de la brutalité envers le personnel et un refus de soins. Cette attitude complique le resucrage de cette dernière. Lorsque sa glycémie est perturbée, les soins de confort sont parfois réalisés dans des conditions pouvant faire penser à de la maltraitance. Elle est suivie en endocrinologie au CHU, mais la liste d'attente pour avoir un rendez-vous est longue. Les infirmières, en attendant que Mme H ait une consultation et pour pallier au déséquilibre de la glycémie de Mme H, réalisent des injections d'insuline ne correspondant pas au protocole initial. La réalisation de ces administrations d'insuline se fait grâce à leur raisonnement et jugement clinique, ainsi que leurs connaissances sur la pathologie et de la résidente. Ce soin est accompagné par une organisation dans les soins afin que le contrôle de la glycémie et les doses d'insuline soient réalisés suffisamment en amont des repas mais également en fonction des soins de confort.

2.2 Questionnement

Suite à ces 2 situations de soins rencontrées, des questions émergent et m'interrogent :

En effet, dans ces deux situations, nous pouvons remarquer que les infirmières, lorsqu'elles constatent une altération de l'état d'un résident, se retrouvent à réaliser un soin non prescrit.

- Mais comment en arrivons-nous à la dégradation de l'état de santé d'un résident ?
- Quels sont les éléments nécessaires dont l'IDE² a besoin pour exercer son jugement clinique ?
- En l'absence de prescription et face à un résident qui se dégrade, peut-on réaliser des soins non prescrits ?
- Quels sont les actes que l'IDE peut faire sans prescription ?
- Mais que dit la loi pour la réalisation des soins médicaux infirmiers ? Que risquent les infirmières ?
- Que font les soignants pour que la dispensation de soins sans prescription médicale ne soit pas banalisée ?
- Peut-on mettre en place des processus pour que ces situations ne se reproduisent pas ?
- Est ce que ces situations impactent la charge mentale des soignants ?

Notions clés : jugement clinique / EHPAD / responsabilité IDE / prise en soin

2.3) Question de départ

Toutes ces questions m'ont conduits à la question de départ suivante :

Dans un contexte d'altération de l'état d'un résident en EHPAD, dans quelles mesures le jugement clinique de l'IDE permet-il de prendre la décision de réaliser un soin sans prescription médicale ?

² Lire partout Infirmière Diplômée d'état

3. CADRE CONCEPTUEL

3.1. L'EHPAD

Dans un premier temps, est défini l'environnement et le contexte de soin dans lequel va évoluer mon questionnement. Ainsi, ce premier point aborde la vocation de l'EHPAD et s'attardera sur la population prise en soin. L'équipe pluridisciplinaire et la collaboration existante dans celle-ci sera ensuite développée.

3.1.1. L'EHPAD

L'EHPAD est un lieu de vie se définissant littéralement par "établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes". Il existe, en France, pas moins de 7500 EHPAD où résident 600 000 personnes âgées (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [DREES], 2021). Ces établissements sont privés ou publics. Selon le périodique *Soins gérontologie*, les EHPAD, "communément appelés maison de retraite, accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans, en perte d'autonomie ou dépendantes"(Reznikoff, 2011, p.45). Ce sont des lieux de vie et de soins et sont en grande majorité le dernier lieu d'hébergement des personnes accueillies. L'EHPAD organise la vie quotidienne autour des besoins de ses résidents. Le projet d'établissement, porté par des équipes soignantes, administratives et d'animation, cherche à concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil.

Une autre source, le portail national d'information pour les personnes âgées et leur proches, dit que : "Le nombre de résidents accueillis varie selon les structures mais en moyenne ceux-ci accueillent entre 50 et 120 résidents." (s.d).

"Ces établissements médicaux ont pour mission :

- d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables,
- et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin" (Portail national d'information pour les personnes âgées et leur proches s.d).

3.1.2. Le résident et la personne âgée

La personne âgée, public accueilli en EHPAD, se définit selon l'OMS³ par une personne dont l'âge dépasse 60 ans. Bien que selon la DREES⁴, "avant 75 ans, résider en établissement est rare et

³ Lire partout Organisation Mondiale de la Santé

⁴ Lire partout Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

concerne moins de 1 % des 60-74 ans”(2011). En 2016, dans son rapport, l'OMS précise en effet qu'avec l'âge, de nombreux changements physiologiques sous-jacents se produisent, et le risque de maladies chroniques augmente.

À l'âge de 60 ans, la charge principale des déficiences et de la mortalité résulte des altérations liées à l'âge : perte auditive, visuelle, et mobilité réduite, et maladies non transmissibles, notamment maladies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, affections respiratoires chroniques, cancer et démence (2016).

“Le vieillissement est également associé à un risque accru de subir plus d'une maladie chronique simultanément (ce que l'on appelle la « multimorbidité »)”(Organisation mondiale de la Santé, 2016). Le vieillissement est donc un processus multidimensionnel tant dans les changements physiologiques sous-jacents, la maladie ainsi que la multimorbidité.

“Le public pris en charge dans ces établissements se compose donc de personnes semi-valides ou dépendantes, présentant une ou plusieurs pathologies induisant une dépendance physique ou psychologique” (Organisation mondiale de la Santé, 2016). La dépendance est un terme et une caractéristique majeure de la personne âgée accueillie en établissement médicalisé, il est défini selon la psychologue clinicienne Sylvie Pandelé comme “l'état de la personne qui a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie” (Pandelé, 2008).

Un résident en EHPAD, c'est un être humain à part entière qui trouve dans son dernier lieu de vie un accompagnement tant par ses proches que l'équipe soignante. Il est important de souligner que cette équipe soignante a pour finalité d'assurer une qualité de vie à chaque résident. Garant de cette qualité de vie, le projet personnalisé se doit de s'assurer “de la participation de la personne aux choix qui la concernent” et qu'il doit tenir “compte de ses potentialités et ressources” (ANESM, 2012).

3.2) La prise en soin en EHPAD

Précédemment, la prise en soin globale et la qualité de vie du résident en EHPAD a été identifiée comme primordiale. Ainsi, un intérêt va être porté à la compréhension de l'articulation et le fonctionnement de la prise en soin. Pour cela, la notion d'équipe pluridisciplinaire va être éclaircie et une attention particulière sera portée à la collaboration existante entre les différents professionnels.

3.2.1) L'équipe pluridisciplinaire

L'équipe pluridisciplinaire est présente dans tous les services de soins mais qu'en est-il de l'équipe soignante en EHPAD? Selon l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médicaux sociaux (ANESM) :

Pour le résident hébergé, l'EHPAD est considéré comme un substitut de domicile. De ce fait, se heurtent les contraintes réglementaires collectives et le droit et les intérêts privés du « domicile ». Le soin repose d'une part sur l'intervention des médecins et kinésithérapeutes libéraux en EHPAD venant voir un ou des « patient (s) » précis, d'autre part sur le médecin coordonnateur, une ou des IDE, des aide-soignantes et auxiliaires de vie qui sont en charge de tous les résidents. (2012).

A cette équipe soignante nous pouvons ajouter éventuellement des aide médico-psychologique (AMP) et un cadre qui à un rôle d'encadrement et coordination.

Chacun de ces acteurs de l'équipe pluridisciplinaire a un rôle à jouer dans la prise en soin des résidents. Dans le cadre de l'EHPAD, le personnel le plus en contact avec les résidents mais également le plus en nombre est l'équipe aide-soignante. "Les aides-soignants aident les résidents pour les actes de la vie quotidienne"(Reznikoff, 2011, p.45). Les aide-soignants peuvent et doivent également de leur rôle propre assister les infirmières lors de soins préventifs et curatifs. Elles ont un véritable rôle d'alerte lors de l'altération de l'état d'un résident. Les infirmières et aides soignantes et l'AS vont travailler ensemble travailler sur l'accompagnement vis-à-vis des résidents et de leurs familles et proches. Elles établissent le recueil de données cliniques dans le but d'identifier de nouveaux besoins ou des attentes particulières des résidents. (20 minutes, s.d)

3.2.2) La collaboration

Un travail conjoint entre l'infirmier et l'aide-soignant a été abordé précédemment, ce travail met en lumière la notion de collaboration omniprésente dans le milieu de la santé. Selon le dictionnaire des concepts en sciences infirmières, le binôme aide-soignant infirmier est défini comme une collaboration historique et réglementaire :

"cette collaboration est tout d'abord historique et réglementaire. Pour Pascal Macrez, cette collaboration est réalisée sous la responsabilité de l'infirmière et ne concerne que son rôle propre. Elle peut s'inscrire dans le cadre de protocoles infirmiers , sans la présence effective de l'infirmière" (2010)

Mais plus généralement, le concept de collaboration :

suppose le partage de valeurs et d'actions orientées vers le même but. Le centre d'intérêt de la discipline (infirmière) et les processus inhérents au Design du soin invite l'infirmière, dans un esprit de partenariat, à faire preuve d'une collaboration avec les personnes, les familles, les communautés et les populations, de même qu'avec les équipes des soins infirmiers et les équipes pluridisciplinaires (Kerouac S. et Pepin. J.,2017).

La collaboration a été définie pour le binôme aide (soignant/infirmier) mais qu'en est-il de la collaboration infirmier et médecin ? en particulier en EHPAD ?

3.2.3) La prise en charge médicale en EHPAD

“L'EHPAD est un maillon de la filière gériatrique : il s'appuie sur les réseaux de ville et hospitalier afin de proposer à ses résidents des soins adaptés, gradués et coordonnés. Généralement, l'EHPAD est rattaché à un service d'urgence de référence avec lequel il est lié par convention” (Reznikoff, 2011, p.46) généralement. On y apprend également que “les Ehpads collaborent avec des réseaux de santé lors de l'admission de résidents ou encore pour la prise en charge de situations compliquées” (Reznikoff, 2011, p.46).

V. Reznikoff dans le périodique *Soins Gériatrie* définit le rôle du médecin coordonnateur :

Le médecin coordonnateur en EHPAD, formé à la gériatrie, il élabore le projet de soins, anime les équipes soignantes et coordonne l'intervention des différents professionnels libéraux. Il assure les visites de pré-admission et l'évaluation de l'autonomie de chaque résident. Interlocuteur médical des institutions et des partenaires de l'EHPAD, il n'a en revanche pas vocation à substituer au médecin traitant des résidents (Reznikoff, 2011, p.45).

La liaison est réalisée avec le médecin coordonnateur pour ce qui concerne “la prescription, le suivi des résidents et pour la co-animation des groupes de travail”(Arlabosse, 2016) d'après la fiche de poste du CHU de Nîmes. Il est étonnant de constater que, selon l'enquête de la Cour des Comptes, il y a “ un manque de médecins coordonnateurs dans 50 % des EHPAD, alors qu'ils jouent un rôle clé dans le suivi des patients et que leur présence répond à une obligation juridique” (Cour des Comptes, 2022).

Dans l'exemplaire 112 de *Soins Gériatrie*, M. Bourzeau dit :

En EHPAD, l'IDE se retrouve souvent seule, elle est donc pleinement responsable de la situation des résidents. Un médecin coordonnateur (*quand il y en a un*) est présent 4 demi-journées par semaine. Le résident conserve son médecin traitant. En dehors des périodes où un médecin se trouve sur site, l'IDE prend des décisions ou fait appel au 15. En équipe IDE-médecin, sont écrits des protocoles internes à l'EHPAD ; par exemple, la conduite à tenir

en cas d'hypertension, d'hyperglycémie, modification des doses d'anti-vitamines K en fonction de l'INR... Ces protocoles écrits constituent des prescriptions anticipées permettant de gérer de nombreuses situations sans faire déplacer de médecin" (Bourzeau, 2015, p.32).

3.2) Rôle infirmier et jugement clinique lorsqu'un résident se dégrade

3.2.1) L'altération de l'état de santé d'une personne

L'altération de l'état de santé des personnes âgées est grandement liée à la fragilité et la vulnérabilité, éléments déjà abordés dans ce cadre théorique, confère pages cinq et six du cadre conceptuel, "3.1.2. Le résident et la personne âgée".

La définition proposée par le *Dictionnaire des concepts en sciences infirmière* est issue du *Glossaire de la terminologie des soins infirmiers*, elle dit que l'altération de l'état d'une personne c'est :

Difficulté qu'une personne ou un groupe ressent ou manifeste dans sa vie quotidienne et qui a une incidence sur sa santé. Cette difficulté peut être liée à l'âge, au mode de vie (hygiène), aux événements de sa vie ou survenir à la suite d'une maladie, d'un handicap ou d'un traumatisme" (*Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*, 2018, p.373).

Enfin concernant l'infirmière en EHPAD, il est dit dans le *Soins Gériatriques* que celle-ci "possède une connaissance approfondie du comportement et des habitudes de vie du résident, ce qui lui permet de détecter rapidement et de transmettre au médecin des données probantes" (Bourzeau, 2015).

2.2.2 Rôle IDE en EHPAD

Le rôle de l'IDE en EHPAD comprend des missions principales :

Dispenser des soins préventifs, curatifs et/ou palliatifs, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé et/ou accompagner les résidents en fin de vie. Contribuer à l'éducation, à la santé et à l'accompagnement des personnes dans leur parcours de soins, en lien avec leur projet de vie. Intervenir dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, de manière autonome et/ou en collaboration (Arlabosse, 2015).

La connaissance des résidents et de la structure est quelque chose de nécessaire en EHPAD pour assurer sa sécurité. "Plusieurs dimensions de la fonction IDE en gériatrie font de cette profession un élément incontournable, pivot dans l'observation, la surveillance clinique de la personne âgée et le maintien d'une culture du soin gériatrique en équipe pluridisciplinaire" (Bourzeau, 2015).

3.3.3) La législation

Le rôle de l'IDE est défini selon les Articles R4311-1 à D4311-15-2 du CSP⁵. Ces articles définissent et cadre la législation de la profession d'IDE. Certains de ces articles semblent pertinents à être développés dans le cadre de la dégradation de l'état de santé d'une personne, ce qui sera réalisé dans cette partie abordant la législation de l'IDE.

Les actes infirmiers et soins dispensés par les IDE sont abordés dans 2 articles principalement : l'Article R4311-5 définissant le rôle propre de l'infirmier et les soins associés "visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage" (Légifrance, 2023). Le second est l'Article R4311-7 définissant le rôle prescrit et les soins associées sont :

En application d'une prescription médicale ou de son renouvellement par un infirmier exerçant en pratique avancée dans les conditions prévues à l'article R. 4301-3 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.(Légifrance, 2023)

Cependant dans l'Article R4311-14, aborde la situation et l'éventualité que l'infirmière soit dépourvu de ressources médicales :

En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient (Légifrance, 2023).

En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état".

Si nous regardons le Chapitre II : Déontologie des infirmiers (Articles R4312-1 à R4312-92) du CSP de 2016 au sein duquel nous retrouvons l'ensemble des droits et devoirs des infirmiers, certains

⁵ Lire partout Code de la Santé Publique

articles suscitent un intérêt lors de la pratique d'actes et soins infirmiers auprès des résidents suscitant une dégradation de leur état de santé et dans un contexte de difficultés médicales.

Tout d'abord l'Article R4312-32 aborde la notion de responsabilité de l'infirmier avec : "L'infirmier est personnellement responsable de ses décisions ainsi que des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer" (Légifrance, 2023). L'Article R4312-42 rappelle le rôle prescrit de l'infirmier, déjà défini précédemment : "L'infirmier applique et respecte la prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, quantitative et qualitative, datée et signée." (Légifrance, 2023).

Selon l'Article R4312-43 :

L'infirmier applique et respecte les protocoles élaborés par le médecin prévus par les dispositions des articles R. 4311-7 et R. 4311-14.

Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier demande au médecin responsable d'établir un protocole écrit, daté et signé.

En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence, ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier remet à ce dernier un compte-rendu écrit, daté et signé, et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre d'un protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toute mesure en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état. (Légifrance, 2023)

L'article R4312-10, aborde enfin le dépassement de compétences, "il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience, ses compétences ou les moyens dont il dispose" (Légifrance, 2023).

3.5) L'expertise infirmière de la situation

3.5.1) Le chemin clinique

Le chemin clinique primordial pour l'IDE dans son jugement clinique est défini comme :

Cette fonction d'évaluation et d'analyse de l'état de santé de la personne âgée tient une place prépondérante dans le poste de la professionnelle. Elle doit observer la situation singulière d'un résident de façon directe : observation de l'état clinique relevé des paramètres vitaux, entretiens dirigés à la recherche de symptômes" (Bourzeau, 2015, p.33).

Le même article appuie sur l'intérêt de demander l'appréciation des AS qui, par la longue durée passée avec les résidents, sont aux plus près des constats et changements de comportement.

“Devant une situation qui présente un signe d'aggravation de l'état de santé, l'IDE experte reconnaît, décrit la situation de manière convaincante au médecin afin qu'il saisisse la gravité de de la situation et qu'il choisisse de se déplacer ou d'adresser directement à un service d'urgences” (Bourzeau, 2015, p.33).

3.4.2) Le jugement clinique

Dans livre *L'apprentissage du raisonnement clinique* aborde l'aspect législatif du jugement et raisonnement clinique :

L'article R.311-2 du code de la santé publique énonce que “les soins infirmiers(...) ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologiques, psychologiques, économiques, sociales et culturelles (...), de concourir à la mise en place de méthodes au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions, (...) de contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et l'application des prescriptions médicales...(Psiuk, 2012, p.22).

Au sein du *dictionnaire des concepts en sciences infirmières*, le jugement clinique est défini par Margot Phaneuf :

Le jugement clinique relève d'une idée, d'une opinion claire que l'infirmière se fait à la suite d'un processus d'observation et de raisonnement sur la situation observée ; il est, en somme, la conclusion qu'elle en tire». Le jugement clinique repose sur le recueil d'informations, l'analyse et la définition du problème” (2018).

Thérèse Psiuk le définit de son côté, dans la revue *Soins* comme :

Le jugement clinique se construit en partant des données recueillies lors de l'observation structurée du patient. A partir de ces données, les opérations mentales hypothético-déductives sont activées. Ces opérations mentales permettent d'aller jusqu'à un stade de la démarche clinique où l'infirmière a la capacité de relier les signes à une conclusion clinique décrite et définie dans le respect de son autonomie professionnelle (2010,pp.61-62).

4) MÉTHODOLOGIE

4.1) Le choix et la construction de l'outil

Au travers du MIRS⁶, dans un but d'exploration théorique des données explorées auprès de professionnels infirmiers, la méthode recommandée est de faire recours à l'entretien semi-directif. Cet entretien permet de recueillir le point de vue et l'expérience des professionnels interrogés en le guidant par des questions orientées, impartiales et construites stratégiquement grâce au guide d'entretien. La réalisation de mon guide d'entretien émerge de mon cadre théorique et mes questionnements initiaux. Celui-ci reprend presque chronologiquement chaque aspect de ma question de départ abordé par le cadre théorique. Ce guide d'entretien (Annexe III) est le même utilisé pour les deux entretiens.

Les objectifs de ces entretiens font suite aux deux thèmes de mon guide d'entretien et sont :

- Recueillir des données sur la prise en soins en collaboration de l'altération de l'état d'un résident en EHPAD,
- Déterminer ce que réalisent les infirmières sans prescriptions médicales, toujours lors de l'altération de l'état d'un résident, et les impacts potentiels.

4.2) Le choix des professionnels

Pour les deux professionnels que je souhaitais interroger, ils devaient travailler ou avoir de l'expérience en EHPAD. Le choix a été fait de réaliser les entretiens avec une infirmière avec peu d'expérience et une plus expérimentée. Les infirmières interrogées sont issues, d'une part d'une ancienne étudiante que j'ai connue à l'IFSI et d'autre part d'une infirmière rencontrée dans un EHPAD dans lequel j'ai travaillé. La première infirmière exerce dans la région du Maine et Loire alors que la seconde infirmière travaille dans le Morbihan.

4.3) L'organisation

Ces deux entretiens semi-directifs se sont déroulés en visioconférence pour des raisons logistiques et de transport. En effet, comme présenté ci-dessus, les deux infirmières interrogées exercent dans deux

⁶ Lire partout Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

départements différents de l'Ile-et-vilaine, ce qui finalement a permis également une diversification des prises en soin et dispositifs mis en place. J'ai réalisé l'enregistrement des échanges grâce à mon téléphone portable. La retranscription des entretiens (Annexes IV et V) .

- Le premier entretien réalisé avec l'IDE I a duré : 20 minutes et 28 secondes
- Le second entretien réalisé avec l'IDE II a duré : 32 minutes et 32 secondes

4.5) Bilan du dispositif

Après la réalisation de ces entretiens et de la retranscription de ces derniers, je suis globalement très satisfait de ceux-ci, car j'ai le sentiment que les infirmières m'ont apporté des réponses pertinentes, que je vais pouvoir exploiter dans l'analyse et la discussion. Lors du premier entretien, j'ai rajouté une question qui me semblait intéressante et qui m'a été inspirée au cours de l'entretien. Je l'ai de ce fait ajoutée à mon guide d'entretien. La question est : “ Existe-t-il un partenariat entre les urgences et votre EHPAD ?”. J'ai enfin apprécié l'échange inter-professionnel que nous pouvons retrouver à travers ces entretiens, celui-ci est d'autant plus professionnalisant et enrichissant.

5) ANALYSE DESCRIPTIVE

Pour commencer cette analyse, j'ai d'abord interrogé les infirmières sur leur parcours professionnel ; cela dans le but de déterminer l'expérience de chacune des deux infirmières, élément qui pourrait être déterminant dans la suite de l'analyse. La première infirmière interrogée déclare avoir "été diplômée en décembre 2021", alors que l'autre infirmière s'avère être diplômée depuis presque cinq années. Une différence est constatée en termes d'années d'expérience professionnelle. En revanche, les deux infirmières travaillent ou ont travaillé dans un EHPAD qu'elles connaissent, l'une y avait travaillé avant en tant qu'aide-soignante et l'autre y avait réalisé son stage pré-professionnel. Par ailleurs, seule la première infirmière a exercé dans différents EHPAD depuis quelques mois. Elles ont également toutes les deux une expérience unique en gériatrie et notamment en EHPAD depuis qu'elles exercent en tant qu'infirmière.

Pour plus de simplicité dans la compréhension de mon analyse descriptive, je nommerai la première infirmière interrogée comme étant l'IDE I et la seconde infirmière interrogée comme étant l'IDE II.

5.1) La prise en soins et la collaboration lors de l'altération de l'état d'un résident en EHPAD

Au-delà de l'expérience des professionnels de santé, désormais, l'objectif est que les professionnels donnent leur point de vue et définissent ce qu'est une altération de l'état d'un résident et surtout comment celle-ci se manifeste. Le constat des deux infirmières est qu'à travers une altération de l'état d'un résident il y a des éléments et comportements qui ne correspondent pas aux habitudes connues du résident telle qu' "une désorientation qui n'est pas habituelle", "des troubles du comportement inhabituels aussi chez lui."(IDE II) ou "il mange pas comme d'habitude, il se déplace pas comme d'habitude" (IDE I). Une altération de l'alimentation est un signe évoqué par les deux infirmières se manifestant notamment par une perte de poids. La première infirmière s'attarde sur la mobilisation et la communication du résident lors de soins comme la toilette avec les aides-soignants, qui sont des éléments cliniques marquant une altération. La seconde infirmière complète qu'elle prend également les constantes vitales telles qu' "une tension", "la température" ou encore "une prise de sang" relevant dans ce cas d'un acte médical. Enfin, l'IDE II termine en disant que cela peut aussi se manifester par un malaise.

Malgré que les infirmières interrogées ont apporté des éléments dans la réponse à la question précédente, la question leur est posée de savoir comment elles sont prévenues qu'un résident se

dégrade. Toutes deux abordent finalement l'équipe pluridisciplinaire, la première infirmière explicitement et la seconde en citant les différents professionnels de santé de cette équipe pluridisciplinaire. En premier lieu, l'IDE I explique "que nous en tant qu'infirmière, on ne voit pas forcément les 90 ou 100 résidents". De ce fait, "les aides-soignants et agents" s'affirment être les premiers soignants à alerter les infirmières lorsqu'il y a une dégradation d'un résident. Ensuite, viennent la cadre, les médecins et tout collègues susceptibles de signaler un résident qui ne semble pas dans un état habituel, sans oublier les infirmières lorsqu'elles dispensent des soins, comme nous rappelle la deuxième infirmière. De plus, les familles sont aussi des acteurs qui peuvent venir interpellé les soignants et dire "on le reconnaît plus, il nous parle plus" (IDE II). Pour finir, le résident peut signaler de lui-même un mal être à la famille ou aux soignants.

Pour continuer, une importance particulière a été portée au fonctionnement de la prise en soin lors de l'altération d'état de santé d'un résident. Dans les propos des infirmières, nous pouvons distinguer le traitement de l'altération à court terme du traitement de l'altération plutôt à long terme. Pour une altération d'un résident plutôt brutale, avec des critères de gravité et relevant de l'urgence, il s'avère qu'elles font recours au SAMU, "je préfère appeler pour rien et appeler", précise la première infirmière et "c'est la procédure" selon la seconde infirmière. L'IDE I assure que dans le cas où il est joignable, appeler le médecin traitant avant le SAMU et parle de l'existence de lignes directes avec les médecins établis sur une relation de confiance. Les deux infirmières s'accordent à privilégier le médecin traitant pour le suivi médical du patient et de l'appeler quand il est joignable en cas de dégradation de l'état d'un de leur patient. Cependant dans le cadre de l'urgence, la seconde infirmière affirme, quand il est présent dans le service, faire appel au médecin coordonnateur. Sur une altération de l'état du résident à plus long terme la prise en soins décrite semble diverger. La première infirmière appellera le médecin traitant qui passera dès que possible en donnant potentiellement des prescriptions orales au téléphone. Alors que l'IDE II, quant à elle, souligne que "si on voit que la date est beaucoup trop loin, parce qu'il n'y a pas de disponibilités avant", "on va appeler le médecin coordonnateur" dans le cas d'un problème de l'ordre médical. Cependant, si cela est de l'ordre de son rôle propre infirmier, elle mettra en place des surveillances rapprochées en place et en fonction de l'évolution de celle-ci contactera le médecin traitant.

Pour terminer ce thème, la question posée s'intéresse à la présence et la collaboration avec le corps médical. Le but est d'identifier la présence et le rôle des médecins intervenants en EHPAD, en particulier celui du médecin coordonnateur. Ainsi, depuis le début de l'analyse de ces entretiens, force est de constater que la seconde infirmière identifie comme acteur de la prise en soin des résidents le médecin coordonnateur car il est présent dans son établissement alors que ce n'est pas le cas de la première infirmière. De fait, la seconde infirmière explique à deux reprises le rôle de celui-ci. Le médecin coordonnateur est là "pour coordonner, nous accompagner, nous donner des conseils au

quotidien.” et “parler des soucis dans l’EHPAD”. A travers les soucis internes à l’EHPAD, elle nomme notamment des problèmes entre deux résidents ou bien d’une famille non satisfaite de la prise en soin de son proche. Ce médecin est également présent pour suivre les projets d’accompagnement personnalisés des résidents, élément que la première infirmière sous-entend également en disant que celui-ci est impliqué dans les entrées de résidents en structure. En revanche, l’IDE I dit bien qu’elle n’a jamais travaillé avec des médecins coordonnateurs, “dans tous les EHPAD que j’ai fait, je n’en ai jamais vu”. “C’est assez rare”. Elle ajoute que celui-ci dans l’urgence, n’intervient pas en principe. L’IDE II contredit ceci dans ces propos, “le médecin coordonnateur, lui, par contre, dépasse son rôle de médecin coordonnateur, malheureusement très, très très souvent”.

5.2) La prise en soin sans prescription médicale en EHPAD

Alors que le premier thème abordé s’intéressait à la prise en soin et la collaboration lors de l’altération de l’état d’un résident en EHPAD, le second aborde maintenant la prise en soin sans prescription médicale en EHPAD. Tout d’abord un intérêt est porté aux soins que peuvent réaliser les IDE sans prescription médicale. Les deux infirmières répondent dans un premier temps, en réaliser. Mais finalement, une prescription sera délivrée à posteriori par un médecin. La première infirmière affirme en réaliser plutôt dans le cadre de l’urgence. Elle continue et fait part que les prescriptions seront plus facilement récupérées lorsque c’est un médecin traitant qui fait une demande de soin oralement contrairement au SAMU. Finalement, à travers l’échange, l’IDE I, se rend compte que la sollicitation du médecin au téléphone pour la réalisation des soins s’avère rendre le soin avec prescription, bien que celle-ci ne soit pas délivrée ou délivrée plus tard. Ainsi, elle comprend qu’elle ne réalise que peu voire pas de soins sans prescription. La seconde infirmière assure de son côté, en faire et plutôt anticiper les soins avant une visite médicale sans avoir une demande du médecin.

Une attention à ensuite été portée au jugement clinique et éléments cliniques nécessaire à la prise de décision de l’infirmière. Cette question fait écho à l’objectif du thème précédent concernant les manifestations et signes de l’altération de l’état d’un résident. La première infirmière met en avant ce qu’elle voit cliniquement. En effet, elle met en avant qu’elle connaît leurs dossiers médicaux et qu’avec le temps, “je les connaissais par cœur les résidents”, “la clinique, elle ne pouvait pas trop me faire défaut”. Elle s’appuie aussi sur les constantes qu’elle peut prendre avec le matériel dont elle dispose, dans le but de pousser la clinique. Alors que la deuxième infirmière, dans la continuité de la question précédente, énonce les critères de gravité comme éléments essentiels du jugement clinique permettant de prendre une décision. Pour finir, elle met en avant l’importance de la pluridisciplinarité et dit : “je vais m’appuyer aussi sur les éléments que mes collègues me donnent” et prendre la décision à plusieurs.

Dans la continuité de l'entretien, les infirmières sont interrogées sur l'existence d'un potentiel partenariat entre l'EHPAD et les urgences. Ce à quoi la première infirmière réagit positivement avec notamment l'existence d'un kit d'urgence (constitué de différents traitements et dispositifs tel que "des corticoïdes, du *scopoderme*, un petit peu d'antibiotiques, une perfusion") et d'un smartphone présent dans les EHPAD du secteur de la ville. Elle explique qu' "en déverrouillant le smartphone d'avoir l'unité de gériatrie directement en ligne", ceci permettant aux IDE et aides-soignantes, notamment de nuit, d'avoir de l'aide et des conseils dans la prise de décision et les soins. Ce type de dispositif n'existe pas du côté du Morbihan. L'IDE II explique que de son côté, les urgences sont proches de l'EHPAD où elle exerce et qu'un partenariat n'existe pas. Pour que les résidents soient adressés aux urgences, il faut que les IDE aient l'autorisation du médecin traitant, du médecin coordonnateur ou du SAMU grâce à qui ils seront mis en contact avec la régulation qui les orientera.

Après avoir échangé sur les actes réalisés sans prescription médicale, ce nouvel objectif aborde les solutions mises en place pour que ces situations ne se répètent pas. A cette question, la seconde infirmière appuie sur la mise en place de réunions de synthèse, au cours desquelles l'équipe pluridisciplinaire réfléchit à des solutions pour quelques résidents, notamment la situation des résidents qui se dégradent. Interrogée sur la mise en place de protocoles, elle répond qu'il en existe dans l'EHPAD contrairement à la première infirmière. Enfin, elle aborde une nouvelle fois la notion d'anticipation, qualité qui semble nécessaire en EHPAD dans le cas où l'état d'un résident s'altère. Elle dit que l'équipe "essaie d'anticiper avant le week-end pour que le médecin se déplace et délivre, du coup, des prescriptions anticipées". La première infirmière fait remarquer qu'elle a "l'impression que oui, c'est vrai que c'est souvent les mêmes choses qui arrivent concernant les dégradations". En revanche elle fait également part que selon elle "il manque toujours un maillon dans la chaîne" et qu'elle n'a jamais "vu quelque chose de miracle pour pallier à ça."

Toujours dans le thème de "La prise en soin sans prescription médicale en EHPAD", la notion de dépassement de compétences est désormais évoquée et le ressenti, des deux infirmières sur ce sujet, demandé. De même que leurs connaissances sur les risques encourus sont interrogées dans cet objectif. Tout d'abord, juridiquement, la première infirmière avoue ne pas être au courant de ce qu'elle risque, elle justifie ceci : "je pense c'est parce qu'il ne m'est jamais trop rien arrivée et qu' aucune faille ne m'est retombé dessus, ni embêtement." La seconde infirmière, elle, nous dit : "on sait qu'on risque notre diplôme clairement, donc oui, je connais les risques". Elle nous explique dépasser ses compétences et nous donne un autre exemple d'acte réalisé sans prescription médicale. "Si on voit qu'un *Seresta* de dix ne suffit pas par exemple. Et bien, on va parfois redonner un autre *Seresta* dans la journée et pourtant celui-ci n'est pas prescrit.". Elle argumente son exemple, dit qu'en réalisant ceci, savoir qu'elle ne risque rien "entre guillemets" car elle connaît le traitement administré et le résident

prend ce traitement quotidiennement. Cet exemple illustre une fois de plus le fait qu'une IDE peut être amenée à dépasser ses compétences, sujet sur lequel les deux professionnelles semblent se positionner similairement. Toutes les deux, disent ne pas avoir le choix de dépasser leurs compétences, dénoncent également une certaine solitude des infirmières en EHPAD. Enfin, justifient le dépassement, en faisant honneur à leurs principes et valeurs soignantes, notamment le principe de bien-être du résident. "Oui, oui je pense sincèrement que oui mais on a pas vraiment le choix, parce que [...] en fait tu es toute seule", "j'ai pas eu le choix d'attendre dans les situations urgentes, que quelqu'un vienne m'aider" (IDE I). "Alors oui, ben oui, parce qu'on va dire juridiquement parlant, on n'a pas le droit", "oui, on sait qu'on risque notre diplôme clairement, donc oui, je connais les risques, mais je ne dis pas que j'arrêtera du jour au lendemain de dépasser mes compétences parce que je sais que ce sera tout le temps en faveur du résident. Et ça, ça reste pour moi une priorité quand même dans un service d'EHPAD." (IDE II).

Pour terminer cette analyse descriptive, l'objectif suivant s'intéresse à l'impact psychologique et sur la charge mentale des infirmières de ces soins réalisés sans prescription médicale. L'IDE I considère que la charge mentale est davantage impactée par la charge de travail que ces situations génèrent, en particulier les prescriptions orales. Elle illustre ses propos en disant : "il faut toujours avoir en tête il y a 2 jours ce médecin là m'avait prescrit ça, est-ce qu'il a bien fait la prescription ?". La seconde infirmière par son expérience, acquiesce et confirme que sa charge mentale est impactée. Elle dit : "Si, si on culpabilise, on sait que c'est pas bien, on sait qu'on a pas le droit. Là, on est en service de gériatrie donc on sait que parfois on n'a pas le choix parce qu'on a pas de médecin sur place comme dans un service standard". L'infirmière termine en avouant banaliser ces situations de soins sans prescription médicale. Elle dit "à force, malheureusement, ça devient une routine. Mais en fait, on normalise en fait, nos décisions et nos gestes parfois".

6) DISCUSSION

L'analyse descriptive des entretiens ayant été réalisée dans la partie précédente, il est maintenant temps de passer à la discussion, étape finale et charnière qui va permettre de confronter l'analyse des entretiens, les recherches théoriques effectuées dans le cadre conceptuel et enfin, ma vision du sujet. Je vais pouvoir obtenir des réponses à plusieurs de mes questionnements. Pour rappel, ma question de départ est : *Dans un contexte d'altération de l'état d'un résident en EHPAD, dans quelles mesures le jugement clinique de l'IDE permet-il de prendre la décision de réaliser un soin sans prescription médicale ?*

Cette question de départ part d'un contexte d'altération de l'état d'un résident. Il est intéressant de connaître l'organisation de l'EHPAD et comprendre comment les infirmières sont mises au courant de la dégradation d'un de leurs résidents. A travers le discours des infirmières interrogées, j'apprends que l'alerte peut être donnée par n'importe quel professionnel de santé de l'équipe pluridisciplinaire, en particulier les "aides-soignants et agents". En effet, dans ma pratique, lorsque j'ai travaillé en tant qu'aide-soignant ou bien en tant que stagiaire, j'ai observé que les infirmières peuvent difficilement voir tous les résidents dans la journée. Leurs charges de travail sont déjà assez importantes et elles ne voient que trop peu de temps ses patients pour pouvoir évaluer leurs capacités. Heureusement, la collaboration aide-soignante/infirmière est souvent optimale en EHPAD et dans tous les services en général, ce qui permet de prendre en soins au plus vite les patients ou résidents se dégradant. La collaboration englobe également la famille, acteur que les infirmières m'ont rappelé alors que l'avait oublié dans mes recherches. J'ai énormément abordé la collaboration soignante sans inclure forcément les familles des résidents. Pour autant, celles-ci sont primordiales dans la prise en soin de leurs proches. Les soignants de l'EHPAD sont au quotidien avec les résidents et une dégradation de l'un d'eux au long court peut passer entre les mailles du filet. Ainsi, les familles apportent un regard neuf sur leurs proches qui sont dans l'établissement. Même lors d'une dégradation à court terme, la famille connaît son aîné et son expertise est primordial à prendre en compte.

La collaboration est nécessaire afin de repérer l'altération d'un résident, c'est un fait. Je vais maintenant définir et comprendre l'altération d'un résident et les signes qui accompagnent celle-ci. Les infirmières s'entendent à dire que les premières manifestations d'une altération se traduisent chez le résident par des éléments et comportements qui ne correspondent pas aux habitudes connues de celui-ci. Avec notamment des troubles de l'alimentation, "il ne mange pas comme d'habitude"(IDE I), de la communication, du comportement, "des troubles du comportement inhabituels"(IDE II) et de la mobilisation. Les recherches théoriques mettent en évidence que l'IDE en EHPAD a une connaissance approfondie du comportement et des habitudes de vie des résidents. D'ailleurs la première infirmière, dans le même sens disait à juste titre "je les connaissais par cœur les résidents", "la clinique, elle ne

pouvait pas trop me faire défaut”, “ je savais comment il respirait, comment il parlait”. Je comprends ainsi que le jugement clinique des soignants en EHPAD est clairement aiguisé par la connaissance importante des résidents, de leurs antécédents, histoire de vie et pathologies ; ce que j’ai d’ailleurs pu observer en stage et apprécier.

L’infirmière en EHPAD, lors de l’altération d’un résident, est la soignante de référence vers qui vont se tourner les aides-soignantes et agents ou autres professionnels de l’équipe soignante. En effet, par son diplôme d’État, dans l’EHPAD, elle est la soignante qui a plus de connaissances et qui a le statut le plus haut juridiquement, ce qui la rend plus à même de dispenser des soins. Lors de mes stages, j’ai d’ailleurs observé que certaines aides-soignantes ou agents, par leur statut, ne se permettent pas de pousser l’examen clinique et fuient parfois la situation en se référant à l’infirmière. Je parle, ici d’ailleurs, pas forcément de l’EHPAD, cela arrive dans tous les services. Or, dans le contexte de l’EHPAD, je trouve ça dommage que certaines aides-soignantes n’aient pas conscience de leurs expériences et de leurs rôles propres. Elles pourraient pousser plus leurs observations cliniques. Les infirmières, par leurs statuts, doivent donc réagir à la situation mais elles le font conjointement avec les aides-soignantes et l’équipe soignante.

Lors de mes recherches j’ai eu des difficultés à comprendre la différence entre raisonnement clinique, démarche clinique, processus décisionnel ou jugement clinique d’une part. Et dans un second temps, j’ai eu du mal à faire le lien entre cette clinique infirmière et les éléments qui l’amènent à prendre une décision dans une situation. A travers plusieurs lectures, je suis parti du principe que finalement le raisonnement clinique et la démarche clinique permettait le jugement clinique. Et surtout, la réalisation des entretiens m’a permis de comprendre le cheminement qui amenait l’infirmière à prendre une décision. Le jugement clinique part du constat que la connaissance des résidents permet donc aux soignants et à l’infirmière de s’apercevoir qu’il y a une anomalie chez un résident. Mais celle-ci va être davantage exploré grâce aux constantes que prendront les infirmières. En effet, lorsqu’un résident est essoufflé par exemple, je vais constater les signes (tirage, respiration abdominale) et de mon rôle propre, je vais également prendre les constantes (saturation en O², fréquence respiratoire en particulier et pouls, tension etc) de ce résident. Les constantes, en fonction de leur valeurs, me permettront d’évaluer la gravité de la situation, toujours en se référant aux valeurs de base du résident. La prise des constantes est complémentaire de l’observation des signes et est à réaliser avant de prendre contact avec un médecin.

A la suite des propos exposés sur le jugement clinique de l’infirmier, je pense pouvoir affirmer que la prise de décision de l’infirmière découle également des moyens qu’elle a à sa disposition et de l’altération de l’état du résident. Or, je me suis rendu compte que mon sujet était assez large à travers la notion d’altération de l’état d’un résident. Lorsque j’ai interrogé les infirmières sur la procédure de prise en soin d’un résident qui se dégrade, la première infirmière m’a demandé si cette dégradation

était brutale ou à long terme. En effet, bien qu'il y ait des similarités, la prise en soin d'une altération à court terme avec une notion d'urgence, ne va pas être la même que celle à long terme.

Pour la prise en soin d'une altération d'un résident, en générale, les infirmières font appel prioritairement au médecin traitant, dans le but d'avoir une cohérence en terme de continuité des soins. Il est, en effet, important que le suivi médical du patient soit privilégié par le médecin traitant. Or ce dernier, n'est pas toujours disponible, le weekend, ou après 17 heures. C'est alors que la première infirmière m'a parlé de lignes directes existantes avec le médecin. Ces lignes sont basées sur une relation de confiance comme disait l'infirmière. Une confiance primordiale pour la collaboration médecin-infirmier. Je n'avais pas connaissance de ces lignes directes qui permettent aux infirmières d'avoir une ressource médicale bien plus importante. Ceci est un dispositif qui ne semble pas exister partout et serait intéressant à développer mais reste malgré tout dépendant de l'engagement des médecins traitants. Le médecin coordonnateur, quand il est présent et que le médecin traitant n'est pas disponible, est contacté, pour secourir et aider l'équipe soignante à faire face à l'altération de résidents selon la seconde infirmière. Le recours à celui-ci n'est pas conforme à son poste et en effet la seconde, l'IDE II, nous dit qu'il "dépassé son rôle de médecin coordonnateur, malheureusement très, très très souvent". Il faut donc ne pas prendre cette solution de substitution comme pérenne car elle n'en est pas une. Ce constat ne fait d'ailleurs que confirmer qu'il y a un souci dans la prise en soin médicale en règle générale dans les EHPAD.

La procédure de prise en soins en EHPAD exige, en cas d'urgence, d'appeler le SAMU. En stage, je n'ai jamais été confronté à ce type de situation, où il était nécessaire d'appeler le SAMU pour une urgence absolue ; même pour un conseil, je n'y ai jamais été confronté. Les infirmières disent se référer souvent aux médecins du SAMU s'il y a une urgence, lorsque le médecin traitant ou le médecin coordonnateur n'est pas disponible et pour demander un conseil. "Moi, je pars du principe que je ne suis pas médecin donc je préfère appeler pour rien et appeler"(IDE I). Lors de mes recherches, j'avais notamment appris que des conventions étaient signées entre l'EHPAD et les urgences les plus proches. La première infirmière nous apprend que sur le territoire d'Angers, il existe un kit d'urgence, accompagné d'un smartphone, permettant de contacter le service de gériatrie, notamment le médecin gériatre. De nouveau, j'ai appris, lors de cet entretien, l'existence de cette initiative, qui ne semble pas être mise en place pour les EHPAD dans les environs de Rennes ou le Morbihan car je n'en ai pas entendu parler.

Désormais, je vais m'intéresser aux échanges téléphoniques avec le médecin traitant ou avec le SAMU, lors desquels les médecins peuvent dispenser des prescriptions médicales. Selon les infirmières, cela demande un suivi et une attention particulière afin que le médecin réalise et donne les prescriptions après coups. La possibilité s'offre également au médecin de faxer cette prescription. Après en avoir déjà parlé, avec des professionnels et connaissant bien certains logiciels de soins, je

m'interrogeai sur la possibilité de réaliser les prescriptions de leurs cabinets ou de chez eux grâce à ce logiciel qui contient les dossiers médicaux des résidents ; cela permettrait aux infirmières de réaliser les soins avec des prescriptions médicales et ne les mettrait pas en porte à faux. C'est-à-dire qu'elles pourraient réaliser le soin avec une prescription existante, qu'elles auraient sous les yeux, signée à la date du soin et avant le soin. Quand l'actualité parle de téléconsultation, la prescription en ligne devrait tendre à se développer dans le milieu médico-social également. Cependant, un point de vigilance est à mettre sur l'absence d'auscultation médicale avec ce type de dispositif.

Enfin, la prise en soin de l'altération de l'état d'un résident à long terme s'envisage généralement par la prise d'un rendez-vous afin que le médecin traitant vienne ausculter le résident. Si la situation se détériore davantage, le médecin traitant est de nouveau contacté pour qu'il passe au plus vite ; ou bien, le SAMU est appelé pour obtenir un renseignement et conseil. La seconde infirmière aborde d'ailleurs l'altération de l'état d'un résident qui ne nécessite pas dans l'immédiat une visite médicale. Dans ce cas, l'infirmière par son rôle propre est en capacité de réaliser des "surveillances rapprochées" comme nous dit celle-ci.

Suite à la compréhension de la gestion de la prise en soin de la dégradation d'un résident, je peux constater qu'il existe, en fonction de celle-ci, des moyens aux infirmiers de réaliser des soins avec prescription médicale. Les infirmières peuvent avoir recours au médecin traitant quand il est présent dans son cabinet ou grâce à la ligne directe, au médecin gériatre grâce au smartphone effectuant une communication directe avec le service de gériatrie, ou encore au SAMU quand il y a urgence ou nécessité d'avoir un conseil ou un renseignement. Cependant, tous ces moyens ne sont pas présents sur tous les territoires et la non présence constante du corps médical en EHPAD contraint les infirmières à réaliser des soins sans prescription médicale. Les infirmières ont cité divers exemples : l'administration de deux *seresta* au lieu d'un seul prescrit et le non respect du protocole ou de l'ordonnance, la réalisation de bilan sanguin par anticipation, ou bien de la réalisation de soins prescrits à l'oral sans avoir la preuve papier ou faxée pendant un certain temps.

Au début de mon analyse, le premier objectif avait pour but de comparer l'expérience des deux infirmières interrogées. En faisant ce choix, j'imaginai que la différence d'expérience pourrait avoir un impact sur la réalisation de soins non prescrits. Pour rappel, la première infirmière à un an et demi d'exercice en tant qu'infirmière et la seconde en a presque cinq. Suite à la réalisation des deux entretiens, j'ai, en effet, pu constater que la première infirmière réalise finalement pas beaucoup, voire pas du tout de soins sans prescriptions ; alors que la deuxième avoue en réaliser plus régulièrement. Ceci peut s'expliquer par le fait que la première infirmière a plus de moyens à sa disposition pour éviter ces dépassements de compétences. Peut-être aussi que la diplomation étant plus proche, elle prend donc moins de risques. Ou, nous pouvons imaginer que sa conscience professionnelle est responsable de ce comportement à prescrire. De son côté, la seconde infirmière affirme à plusieurs

reprises que le critère de gravité est l'élément principal sur lequel elle se base pour prendre sa décision quand il n'y a pas de médecin disponible ou à proximité. Elle complète en disant que les soins réalisés sans prescription médicale sont habituels pour l'équipe soignante infirmière de l'EHPAD et est toujours en faveur du résident. Ces éléments m'amènent à séparer en deux parties la suite de ma réflexion.

Tout d'abord, elle aborde la banalisation des soins réalisés sans prescription ; elle dit, en effet, que cela devient une habitude avec le temps. Elle dit aussi qu'elle et ses collègues en ont conscience qu'ils n'ont pas le droit. Elle prend d'ailleurs l'exemple que si elle retournerait dans un service actif, elle se rendrait compte qu'il y a plein de soins ou de petites choses qu'elle réalisait sans prescription et naturellement en EHPAD, et qu'elle ne pourrait plus faire. Dans un premier temps est-ce que les soignants de l'équipe infirmière ne s'influencent pas entre eux dans la réalisation de ces soins médicaux ? Ce qui pourrait expliquer que l'IDE II réalisent plus de soins non prescrits. Dans un second temps, la notion de banalisation de la réalisation de soins non prescrits fait écho à la question posée : qu'est-il mis en place pour que les soins non prescrits ne se répètent pas ? Je les ai interrogé sur l'existence de protocoles, et bien que la première infirmière n'en avait jamais vu de mis en place, la seconde de son côté m'a répondu qu'ils existaient dans son EHPAD. La mise en place de protocoles peut, selon moi, être une alternative intéressante pour les dégradations qui se voient être similaires ou bien pour tous soins répétés et réalisés sans prescription médicale dans le temps. Il est dommage que je n'ai pas suffisamment interrogé l'IDE II sur ces protocoles mises en place dans son EHPAD. Dans des services comme au CHU, il existe des protocoles pour l'hypoglycémie. Pourquoi ne pourrions-nous pas imaginer la création de protocoles pour une déshydratation d'un résident pour reprendre l'exemple de la première situation d'appel. Un consensus entre le médecin coordonnateur et le ou les médecins traitants, afin que, lorsqu'un résident est identifié comme déshydraté, l'infirmière lui pose une perfusion sous-cutanée d'hydratation. Le protocole contiendrait les modalités de pose de perfusion que l'infirmière devrait respecter. Par exemple, ces modalités pourraient contenir un critère tel que :

- Le résident ne s'est pas hydraté ou alimenté suffisamment (il n'a pu boire plus d'un demi-verre d'eau et la moitié de son repas pendant trois repas consécutifs)
- Ou/Et la réalisation d'un pli cutané pour constater la déshydratation

La réalisation de ce type de protocole pourrait ensuite s'envisager pour tous types de soins nécessaires.

Ensuite, la seconde infirmière dit :

Si on voit qu'un *Seresta* de dix ne suffit pas par exemple. Et bien, on va parfois redonner un autre *Seresta* dans la journée et pourtant celui-ci n'est pas prescrit. Donc on sait qu'en faisant

ça, entre guillemets, on ne risque pas non plus, fin voilà, c'est un médicament qu'il prend quotidiennement, on ne risque rien entre guillemets. Je dis bien entre guillemets. Mais on sait qu'en fait, et bien ça va être bénéfique pour le résident. Donc en fait, on est partagé, oui, on dépasse nos compétences, normalement on n'a pas le droit de donner si, ce n'est pas prescrit. Mais d'un côté on sait que c'est pour le bien être du résident.

Ces propos font écho à la note de lecture inscrite au début de ce mémoire et mettent deux choses en évidence. La balance bénéfice/risque, de donner un deuxième *seresta*, penche plus du côté des bénéfiques car l'infirmière connaît le traitement et ce serait réalisé pour le bien-être du résident. L'infirmière connaît les résidents et avec le temps développe de l'affection pour ceux-ci selon moi, c'est certain, cet affect peut contribuer à réaliser ce soin. L'infirmière, humainement, ne va pas laisser un résident mal ou se dégrader. Il en est aussi de son rôle de ne pas rester sans rien faire et celle-ci agit bien qu'elle ne respecte pas la législation dans la dispensation de son soin ; elle dit qu'elle ne risque pas grand-chose et je la comprend. Elle connaît le traitement grâce à son expérience, elle connaît le résident et enfin il est difficilement envisageable de déranger le médecin pour cet acte. Bien qu'il faudrait le faire normalement.

Ma dernière question portait un intérêt sur la charge mentale de l'IDE. J'ai interrogé les infirmières afin de savoir si celles-ci étaient impactées psychologiquement par ce dépassement de compétences, avec la notion en tête qu'elles ne respectaient pas la loi. La première infirmière me répondra que c'est plus la charge de travail qui est impactée, et donc de fil en aiguille la charge mentale serait impactée. Alors que du l'IDE II, de son côté, dit culpabiliser et donc être impactée par ces situations. Cependant elle affirme qu'elle continuera à dépasser ses compétences tant que ce sera en faveur du résident.

Les infirmières se sentent seules en EHPAD et disent entre autres ne pas vraiment avoir le choix de réaliser ces dépassements de compétences aussi minimes soient-ils. Et pour l'IDE II, bien qu'elle sache être "hors la loi" et ne pas respecter notamment le CSP légiférant la profession infirmière. Le constat est une nouvelle fois fait que, les infirmières sont seules en EHPAD et que la non présence constante de soignants médicaux dans l'établissement contribue au dépassement de compétences des infirmières.

La discussion touchant à sa fin, je dirai que j'ai pu trouver réponse à certaines questions que je me posais au départ de ce mémoire. Je pense grâce aux entretiens avoir compris le fonctionnement du jugement clinique infirmier. Et, j'en déduis que, la décision de dispensation des soins des infirmières sans prescription médicale, se porte sur le jugement clinique mais également différents autres aspects tels que :

- Du soin à réaliser en fonction de l'altération touchant le résident

- Le critère de gravité
- Les ressources médicales à la disposition des infirmières
- L'expérience et les pratiques de l'équipe soignante infirmière
- De la conscience professionnelle

Pour ma question de recherche, je me suis basé sur la conclusion de la discussion précédente, où nous constatons que les infirmières se retrouvent seules en EHPAD à dépasser leurs compétences. J'ai pris également en compte le contexte décrit en introduction, où, dans un futur proche, de plus en plus de personnes âgées vont être amenées à être prises en soins dans les EHPAD. Enfin, je me suis appuyé sur le constat que les déserts médicaux se multiplient et que l'accès aux soins médicaux se complexifie dans les EHPAD d'après les actualités et les échanges avec les professionnels de santé.

Ainsi, au terme de cette analyse, je propose donc la question de recherche suivante :

A l'avenir, les compétences et responsabilités infirmières en EHPAD ne doivent-elles pas être développées pour une meilleure prise en soin des résidents ?

7) CONCLUSION

Ce travail clôture trois années de travail. Il représente un aboutissement de ma formation infirmière et j'en suis fier, malgré les difficultés rencontrées. L'enrichissement professionnel de la réalisation de ce mémoire est multiple, dans les échanges lors des guidances, lors des entretiens ou avec les infirmiers sur le terrain. Il m'a également permis de comprendre la démarche de recherche et son processus. Le sujet de mon mémoire s'intéresse au jugement clinique et à la prise de décision de l'infirmière sans prescription médicale. Le processus de prise de décision par le jugement clinique n'a pas été évident à comprendre surtout dans la partie théorique. En règle générale, je dirai que le cadre conceptuel n'a pas été chose aisée pour ma part. J'ai eu plus de plaisir et de facilité à rédiger ce mémoire à partir du moment où j'ai abordé les entretiens et l'analyse de ceux-ci. L'infirmière en EHPAD a une connaissance importante des résidents, ce qui lui permet de rapidement identifier l'altération de ses résidents à l'aide de l'équipe soignante l'entourant. Pour autant, lorsque la prise en soin nécessite une prescription médicale, l'infirmière se retrouve parfois seule, et sans moyens médicaux disponibles pour prendre en soins le résident correctement dans les règles, c'est-à-dire avec une prescription médicale. Ainsi, sa prise de décision dépendra de divers critères tels que : de l'altération touchant le résident et de la gravité, des ressources médicales à la disposition des infirmières, l'expérience et les pratiques de l'équipe soignante infirmière, la conscience professionnelle.

ANNEXE I : GLOSSAIRE

Glossaire des sigles et acronymes

ANESM : agence nationale de l'évaluation et la qualité des établissements et services médico-sociaux

CSP : Code de la Santé Publique

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

MIRSI : Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et communément appelé le 15

ANNEXE II : BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

Kerouac S. et Pepin J. (2017). *La pensée infirmière* (4e ed.). Chenelière Education.

Pandélé, S. (2018). *La grande vulnérabilité. Fin de vie, Personnes âgées, Handicap : Esquisse d'une éthique de l'accompagnement*. Seli Arslan. Repéré dans le *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*, 2018.

Psiuk, T. (2012) *L'apprentissage du raisonnement clinique*. De boeck.

PDF :

ANESM (2012). Éléments de contexte. Volet 4.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/elements_de_contexte__qdv4.pdf

Arlabosse, V. (2015). Fiche et Profil de poste IDE en EHPAD.

https://www.chu-nimes.fr/offres_emploi_non_medical/ehpadide01-1.pdf

Cour des Comptes (2022). La prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD.

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-02/20220228-prise-en-charge-medicale-Ehpad.pdf>

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2021). Études et résultats. N°1196. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1196.pdf>

Organisation mondiale de la Santé. (2016) Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf

Dictionnaire :

Paillard C. (2018). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*. 4ème édition.

Périodiques :

Bourzeau, M. (2015) Infirmière en Ehpad : une expertise en gérontologie. *Soins gérontologie*, N°112, pages 31-34.

Macrez, P. (2010). La collaboration infirmière/aide-soignante au service du projet de soins. L'aide-soignante. Vol. 24, n°771, pages 18-21.

Reznikoff, V. (2011). Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). *Soins Gérontologie*, N° 90, pages 45-46.

Rogez, E. (2011). Dépendance et soutien aux aidants : deux priorités incontournables en 2011. *Soins Gérontologie*, N° 90, page 4.

Pages web individuelles :

Portail national d'information pour les personnes âgées et leur proches. *Les EHPAD*.

<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissemnts-medicalises/les-ehpad>

20 minutes. *Le personnel soignant en EHPAD*.

<https://journaldesseniors.20minutes.fr/droits/personnel-soignant-ehpad/>

Textes Législatifs :

Légifrance. (2023). Code de la santé publique. Repéré à

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043588188

Légifrance. (2023). Code de la santé publique. Repéré à

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178629/#:~:text=L'infirmier%20respecte%20en%20toutes,l'exercice%20de%20la%20profession.&text=Le%20secret%20professionnel%20s'impose.conditions%20%C3%A9tablies%20par%20la%20loi.

ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN

Sujet du MIRSI : Dans un contexte d'altération de l'état d'un résident en EHPAD, dans quelles mesures le jugement clinique de l'IDE permet-il de prendre la décision de réaliser un soin sans prescription médicale?

Thèmes	Sous thèmes	Questions
Introduction	Parcours et expérience de l'IDE	Depuis quand travaillez-vous dans un EHPAD <u>Aide</u> : années de pratique
La prise en soins et la collaboration lors de l'altération de l'état d'un résident en EHPAD	<p>Définition de l'altération de l'état d'un résident et les signes cliniques associés</p> <p>Fonctionnement interne de l'EHPAD et la collaboration soignante lors de l'alerte d'une dégradation d'un résident</p> <p>Procédure lors de l'altération de l'état d'un résident en EHPAD</p> <p>La collaboration avec le corps médical, identifier la présence du médecin à l'EHPAD et le rôle du médecin coordinateur</p>	<p>Lorsque vous constatez que l'état d'un résident se dégrade, qu'entendez-vous par là? Et du coup, pouvez-vous me donner des manifestations de cette altération de l'état du résident? <u>Aide</u> : signes cliniques</p> <p>Vous avez de nombreux résidents sous votre responsabilité, comment êtes-vous prévenu qu'un résident se dégrade? <u>Aide</u> : collaboration</p> <p>Comment fonctionne votre EHPAD quand il y a une AE d'un résident ? Comment est pris en charge cette altération?</p> <p>Dans l'EHPAD ou vous travaillez, y a-t-il une présence quotidienne du médecin? oui ou non Quel est son rôle?</p>
	Les soins réalisés sans prescriptions médicales	Du coup, qu'est il mis en place par vous, les infirmières lorsqu'il n'y a pas de médecin à l'EHPAD ?

<p>La prise en soin sans prescription médicale en EHPAD</p>	<p>Le jugement clinique amenant à une prise de décision</p> <p>Partenariat avec les urgences</p> <p>Des solutions pour les soins non prescrits</p> <p>La notion de dépassement de compétence?</p> <p>Impact sur la charge mentale</p>	<p>Vous arrive t il de réaliser des actes en attendant la prescription? Pouvez vous me donner des exemples?</p> <p>Du coup, quelles sont les compétences et éléments nécessaires au jugement clinique de l'infirmier qui amène à cette prise de décision?</p> <p>Existe-il un partenariat entre l'EHPAD et les urgences les plus proches? (ajouté au cours du premier entretien?)</p> <p>Qu'est il mis en place afin que la situation vécue ne se répète pas? <u>Aide</u> : protocoles</p> <p>Selon vous, le fait de réaliser des soins en dehors de son champ de compétences est-il une forme de dépassement de compétence? Si oui, êtes-vous au courant des risques encourus dans ce cas? Qu'en pensez-vous?</p> <p>Est ce que la réalisation de soins non prescrit, ou le dépassement de compétence vous impacte t-il psychologiquement? Y a-t-il un impact sur la charge mentale des infirmières dans ce genre de situation?</p>
---	---	--

ANNEXE IV : TRANSCRIPTION ENTRETIEN N°I

Entretien n°I

date : 05/04/2023

Réalisé en visioconférence

Durée : 20 minutes et 28 secondes

Préalablement à l'entretien, le cadre a été posé :

- Sur l'anonymisation de la soignante
- Sur l'autorisation de l'utilisation de ces données et de les enregistrer

Début de l'entretien

ESI : Le thème de mon mémoire est dans un contexte d'altération de l'état d'un résident en EHPAD, dans quelle mesure le jugement clinique de l'infirmier va lui permettre de prendre une décision sans prescription médicale. C'est pour cette raison que je souhaitais interroger différentes infirmières en EHPAD.

Du coup, est-ce que je pourrais savoir depuis quand tu travailles en EHPAD, dans un EHPAD ?

IDE : Du coup, moi j'ai été diplômée en décembre 2021 et j'ai tout de suite commencé dans un EHPAD, dans lequel je bossais en tant qu'aide-soignante avant. J'y ai travaillé pendant un an. Et là, depuis janvier, je suis en intérim donc j'interviens dans pas mal d'EHPAD de la ville d'Angers.

ESI : Dans un premier temps j'aimerais définir ce qu'est l'altération de l'état d'un résident. Du coup, je voulais savoir comment, toi, en tant qu'infirmière tu constates l'état d'un résident se dégrade et quelles sont les manifestations?

IDE : Déjà, je dirai que c'est hyper important d'englober les aides soignantes et les agents qui travaillent avec toi. Parce que nous en tant qu'infirmière, on ne voit pas forcément les 90 ou 100 résidents. Les aides-soignantes, elles aident beaucoup à nous faire remarquer qu'il y a une altération de cet état là. Ensuite, ça passe beaucoup par l'alimentation, les mobilisations qu'ils peuvent avoir, la communication aussi parfois qui est altérée et ça c'est surtout au moment de la toilette avec les aides soignantes. Elles nous disent régulièrement en transmission : «je ne le trouve pas comme d'habitude ou il ne mange pas comme d'habitude, il ne se déplace pas comme d'habitude» et ça c'est hyper important.

ESI : Un peu dans le même thème, vous avez de nombreux résidents sous votre responsabilité, comment êtes-vous prévenu qu'un résident se dégrade ?

IDE : C'est vraiment pluridisciplinaire, et moi je sais très bien que je suis toute seule le matin, j'ai pas le temps de voir tout le monde. Parfois, il y en a que je vois pas de la journée, je repars le soir et je ne les vois pas. Vraiment les équipes aides-soignantes et agents, elles les voient tous donc c'est elles qui nous mettent la puce à l'oreille. Et puis parfois aussi les familles, parce qu'un résident ne va pas dire la même chose à l'infirmière, à l'aide soignante ou à sa famille. Donc, ce sont ces différents acteurs qui peuvent t'alerter.

ESI : Ça marche. Les familles c'est pas forcément quelque chose auquel j'avais pensé mais c'est vrai que c'est quelque chose d'intéressant.

IDE : Ouais, vraiment, il y en a qui vont se plaindre énormément à la famille et puis toi quand tu vas le voir, tu lui demandes s'il a mal au ventre, il te répond "non pas du tout". Mais il y en a qui ont besoin d'une reconnaissance auprès de leur famille et inversement. Il y en a qui vont se plaindre auprès de

nous et par contre quand leur famille leur demande, “non, non, ne t’inquiètes pas. Ça va bien”. Donc vraiment ça peut être utile la famille.

ESI : Du coup, après je voulais savoir, Comment fonctionne votre EHPAD, quand il y a une altération de l’état d’un résident ? Comment est pris en charge cette altération ? Qu’est ce qui est mis en place pour pallier cette altération ?

IDE : Toi tu parles d’une altération brutale ou sur le temps ?

ESI : Plutôt brutale.

IDE : Souvent, ce sont les aides soignantes qui vont nous appeler. Du coup, on fait un premier diagnostic infirmier en essayant de savoir s’il a besoin, par exemple, d’oxygène ou de n’importe quoi avant le passage d’un médecin en urgence. Ensuite, on va essayer de joindre le médecin traitant mais il faut savoir que le médecin traitant, il est joignable de 8 heure 30 à 12 heure 30 du lundi au vendredi et c’est tout. Donc faut-il encore arriver à le joindre. Parfois, on a des lignes directes avec les médecins mais c’est très très rare. Tu as des médecins aussi qui nous font confiance dans le sens où je pense qu’il y a une confiance qui doit s’installer entre l’infirmier et le médecin où tu ne dois pas l’appeler pour rien mais quand ils reçoivent un de tes appels ils savent que c’est urgent. Donc ça, ça marche avec certains médecins. Si jamais c’est pas joignable, le week-end ou le soir tard et bien on appelle le SAMU. Moi, je pars du principe que je ne suis pas médecin donc je préfère appeler pour rien et appeler. Au moins tu as un conseil, dans le doute ils t’enverront soit un médecin ou une ambulance. Ils te diront quoi faire et ils te prescriront quelque chose aussi.

ESI : Et du coup, une dégradation à long terme ça se passe comment ?

IDE : Là, tu appelles le médecin, tu lui demandes de passer rapidement. Peut-être qu’en fonction de la dégradation, il va te dire avant que j’arrive perfuser ou vous lui faites un antibio sous cutanée ou je ne sais pas ce qu’il pourrait nous prescrire. Ensuite, le médecin va venir il va peut être décider d’une hospitalisation ou d’arrêter l’acharnement et il en parle avec la famille. Mais du coup, là c’est plus le médecin traitant qui les connaît bien, en relais.

ESI : Cela revient un petit peu à ce que tu viens de dire, dans l’EHPAD où tu travailles, il y a-t-il une présence quotidienne du médecin ? Un médecin coordinateur ?

IDE : Non et dans tous les EHPAD que j’ai fait, je n’en ai jamais vu.

ESI : D’accord

IDE : C’est assez rare, et quand ils sont présents, c’est souvent pour les nouveaux entrants. Ils vont regarder les entrées, et c’est très rare qu’ils puissent te faire une prescription dans l’urgence en tout cas.

ESI : Je voulais savoir ensuite, qu’est-il mis en place par vous, les infirmières lorsqu’il n’y a pas de médecin à l’EHPAD ? Vous arrive-t-il de réaliser des actes en attendant la prescription ?

Tu m’as déjà donné un exemple avec il va te dire peut être au téléphone de mettre une perfusion où lui donner un antibiotique mais du coup il te fait quel genre de prescription ? Et puis est ce que des fois tu as fait des actes sans prescription médicale ?

IDE : Oui, ils peuvent nous demander de l’O₂, perfusion, dans les traitements de fin de vie, les gens qui ont une altération brutale et où on sait qu’il n’y aura pas d’acharnement, dans les directives, il n’y a pas d’hospitalisation, il n’y a rien. Peut être faire un peu de valium en intra rectal ou un patch de morphine, ça c’est des choses qui arrivent assez régulièrement. Moi, il m’est arrivé une fois d’être en désaccord, en fait d’avoir 2 sons de cloches de médecins différents. Une dame qui a chuté dans le

couloir et avait une épaule de luxée. Ça se voyait, elle était hyper douloureuse, vraiment, on ne pouvait pas s'approcher d'elle. Donc moi, j'appelle son médecin traitant pour savoir, au lieu de passer par le 15, si elle peut me faire une prescription, un bon de transport et un petit courrier comme ça elle part aux urgences directement ou une radio. Elle m'appelle, elle me dit, il faut passer par le 15. Je lui demande est ce que elle peut prescrire d'*oramorph* parce que c'est pas avec 1g de paracétamol que l'allais la soulager? Je demande pas grand chose, parce qu'on a l'habitude des doses, je lui dis cinq gouttes d'*oramorph* ! Elle me répond que je vais la tuer à vouloir faire ce genre de chose. Je lui dit que non mais c'est un médecin qui n'aime pas trop la *morphine* et qui est plus dans les médecines douces. J'appelle le SAMU, ils me disent ok du coup 5 gouttes d'*oramorph* et du coup je me suis dit j'écoute qui ? Un me dit de le faire et l'autre de ne pas le faire. J'ai d'abord pensé au confort de la patiente donc je lui ai donné ces 5 gouttes d'*oramorph*. Sauf que ce sont des ambulanciers qui sont arrivés et j'avais pas de prescription pour ces 5 gouttes d'*oramorph*. Quelques jours après, le médecin (traitant) est revenu voir cette dame, je lui dit du coup est ce que je pourrais avoir les 5 gouttes d'*oramorph* en prescription et ça a énormément chauffé dans le sens où lui m'avait dit de pas le faire mais j'avais une prescription du SAMU à l'oral donc il me l'a pas fait. En tout cas, lui n'aurait jamais voulu prescrire ça.

ESI : Du coup, le SAMU te l'avait fait à l'oral mais tu n'avais pas de preuves ?

IDE : Non, c'est très rare que tu es des preuves du SAMU.

ESI : Et du coup, quand tu disais quand il te demande de faire une sous cutanée, souvent quand il (médecin) revient plus tard il réalise la prescription ?

IDE : Oui, oui, généralement, ou alors il nous la faxe dans la soirée. Mais en tout cas quand c'est des médecins traitants et quand ce n'est pas des urgences, et que tu sais que la personne va potentiellement partir en hospitalisation ou décédée. Ils te la (la prescription) font dans l'après midi, dans la soirée et ça c'est assez bien suivi. C'est surtout dans les urgences où c'est mal géré parce que on dit que c'est l'hôpital qui va prendre le relais ou le SAMU, et du coup c'est un peu le flou total.

ESI : Je reviens un petit peu sur la question mais du coup ça ne t'ai jamais arrivé de réaliser des actes sans prescription médicale ou sans que tu en ai juste après ?

IDE : Si on part du principe que l'oxygène par exemple il faut une prescription, bah si, j'ai déjà mis des personnes sous oxygène alors que j'avais pas de prescription. Mais tu vois c'était avant qu'elles partent par exemple aux urgences et j'ai jamais eu de prescription pour les 10 minutes. Donc oui je l'ai déjà fait pour ça.

ESI : Mais ça rentre un peu dans le cadre de l'urgence aussi ?

IDE : Oui, mais sinon sans prescription, non je crois pas.

ESI : Quelles sont les compétences et éléments nécessaires au jugement clinique de l'infirmier qui amène à cette prise de décision ?

IDE : Je me base sur ce que je vois cliniquement, parce que généralement quand tu travailles en EHPAD, alors moi c'est un peu différent en intérim, mais quand je travaillais dans le même EHPAD pendant 1 an, je les connaissais par cœur les résidents. La clinique, elle ne pouvait pas trop me faire défaut. Je savais comment il respirait, comment il parlait. Puis, ensuite, tu as tous les éléments que tu peux prendre avec le peu de matériel que tu as à l'EHPAD, donc toutes les constantes. Et après tu connais aussi leurs dossiers médicaux ; ça t'aide aussi à te dire, là, lui il est en hypoglycémie je sais qu'il est diabétique. Toutes ces choses là ça m'aide.

ESI : Du coup tu disais que tu avais peu de matériel, mais vous avez de l'avance dans ton EHPAD, par exemple, pour une perfusion cela nécessite d'avoir un peu d'avance en soluté par exemple ?

IDE : On s'organise, c'est un peu horrible, mais normalement non, il faut la prescription et il faut qu'il y ait la pharmacie qui nous livre. Mais, tu vois des fois tu vas avoir une perfusion prescrite sur 10 jours, la personne va décéder au bout de 7 donc on garde un peu de stock et on essaye d'avoir un peu tous les médicaments même les antibiotiques le weekend. Moi, j'ai une dame un jour qui a fait par exemple un zona, un samedi après-midi, le médecin de garde il est passé, c'est super dur de trouver des médicaments, mais en même temps tu ne vas pas dire à la dame on commencera que lundi après midi. Donc on essaye toujours d'avoir un petit peu de stock de médicaments et de stupéfiants surtout. Mais c'est vrai que des fois ça peut être compliqué pour des trucs bien spécifiques.

ESI : Est-ce que tu sais si votre EHPAD a un partenariat avec les urgences ou une convention avec les urgences les plus proches ?

IDE : Ça commence à être mis en place, il commence à l'installer. Tous les EHPAD d'Angers sont dotés d'un smartphone et puis d'un kit d'urgence dans lequel il y a des corticoïdes, du *scopoderme*, un petit peu d'antibiotiques, une perfusion je crois, tu as pas grand grand chose. Mais ça nous permet en déverrouillant le smartphone d'avoir l'unité de gériatrie directement en ligne et puis d'avoir un médecin au bout du fil pour nous aider pour régler certaines situations. C'est aussi pour les aides-soignantes, la nuit, parce l'on sait que c'est déroutant pour les résidents d'aller aux urgences à 23h et de passer la nuit sur un brancard. Pour elle (aide soignante), c'est plus difficile de juger le degré d'urgence. Donc, là au moins le gériatre au bout du fil, il permet de les aider à prendre des décisions. Ça commence tout juste, moi je ne l'ai jamais utilisé encore.

ESI : Et du coup ce serait tous les EHPAD du coin qui seraient concernés ?

IDE : Bah nous sur Angers, tous les EHPAD que j'ai fait, commence à être doté de ça.

ESI : Ok super, je connaissais pas du tout, c'est intéressant.

IDE : Oui je pense que tu devrais trouver des articles sur ça, moi j'ai déjà lu un article sur. Renseignes toi tu devrais trouver.

ESI : Qu'est-il mis en place afin que la situation vécue ne se répète pas ? S'il y a une répétition de d'altération "type" de résident, par exemple déshydratation. Est-ce que des choses sont mises en place ?

IDE : J'ai l'impression que oui. C'est vrai que c'est souvent les mêmes choses qui arrivent concernant les dégradations mais en fait c'est un peu horrible mais avec le manque de personnel, le manque de formation des professionnels et tout. J'ai l'impression qu'il manque toujours un maillon dans la chaîne, que ce soit des médecins remplaçants, des infirmières qui connaissent pas, des aides-soignantes qui ne connaissent pas. Tout ça mis à bout fait que l'on arrive pas à venir à bout de par exemple des déshydratations ça c'est sûr. Moi personnellement j'ai jamais vu quelque chose de miracle pour pallier à ça.

ESI : Et donc des protocoles, tu en as pas forcément vu ?

IDE : Non, j'ai vu dans un EHPAD pas mal de promotion autour de la prévention des chutes, parce que ça ça arrive régulièrement en EHPAD. Et du coup c'est pas mal d'affiches qui sont collées dans les salles de soins, dans les salles de transmissions et tout. Après est-ce que ça marche vraiment, je ne sais pas.

ESI : Selon toi, le fait de réaliser des soins en dehors de son champ de compétences est-il une forme de dépassement de compétences ?

IDE : Oui, oui je pense sincèrement que oui. Mais on a pas vraiment le choix, parce que, tu as déjà dû faire des stages en EHPAD mais en fait tu es toute seule. Donc, si tu attends qu'il y ai un médecin ou quelqu'un qui vienne t'aider. Dans l'urgence malheureusement, soit tu perds la personne, fin, on a pas le choix, en fait je crois. Moi, j'ai pas eu le choix d'attendre dans les situations urgentes, que quelqu'un vienne m'aider.

ESI : En effet, c'est ce genre de situations qui a inspiré mon mémoire et c'est pour ça que je voulais poser la question.

Est ce que tu es au courant des risques encourus en cas de dépassement de compétences ?

IDE : Pas vraiment mais je pense, c'est parce qu'il ne m'est jamais trop rien arrivée et qu' aucune faille ne m'est retombée dessus, ni embêtement. Mais non, je ne suis pas au courant.

ESI : Enfin je voulais aborder la question de la charge mentale. J'aimerais savoir si réaliser des actes ou soins sans prescription médicale pourrait peut-être t'impacter psychologiquement?

IDE : Je dirais que ça impacte plus ma charge de travail et du coup ma charge mentale mais tu vois il faut toujours avoir en tête il y a 2 jours ce médecin là m'avait prescrit ça, est-ce qu'il a bien fait la prescription ? Tu vois, nous ça nous rajoute un peu de travail et eux dans le même sens parce que je les ai au téléphone, Mr X va pas bien, est-ce que vous pouvez lui prescrire ça ? Euh.. 2 jours après, est-ce qu'il s'en rappelle quand ils reviennent? C'est compliqué, cela nous rajoute un peu à tous une charge de travail donc forcément oui notre charge mentale est impactée.

ESI : Plus en lien avec le dépassement de compétence, le fait d'encourir des risques si tu en avais conscience je me disais que ça aurait pu avoir un impact au niveau de ta charge mentale, mais ça a pas l'air d'être le cas.

IDE : Non parce que vu que j'ai jamais été confronté au fait que j'ai mal fait quelque chose ou que l'on me l'a reproché, du coup cela ne m'a pas impacté dans ce sens là. Mais peut être qu'un jour on me le reprochera et là je me dirai dans les situations en questions je me dirai qu'est-ce que je dois faire. C'est sûr que ça te remet en question quand ça t'arrives.

ESI : Merci, je commence à avoir fait le tour de ce que je voulais dire et te poser comme question, est-ce que tu as quelque chose à ajouter sur le sujet?

IDE : Non

Fin de l'entretien

Discussion et remerciements.

ANNEXE V : TRANSCRIPTION ENTRETIEN N°II

Entretien N°II

14/04/2023

Réalisé en visioconférence

Durée : 32 minutes et 32 secondes

Préalablement à l'entretien, le cadre a été posé :

- Sur l'anonymisation de la soignante
- Sur l'autorisation de l'utilisation de ces données et de les enregistrer
-

Début de l'entretien

ESI : Du coup, le sujet de mon mémoire c'est : « Dans un contexte d'altération de l'état d'un résident en EHPAD, dans quelle mesure le jugement clinique de l'infirmier va lui permettre de prendre une décision et réaliser un soin sans prescription médicale. ».

Pour ma première question, j'aimerais savoir depuis quand tu travailles en EHPAD et depuis quand tu étais infirmière en règle générale ?

IDE : Ouais, alors du coup pour le moment, je n'ai fait que de la gériatrie. Donc, je travaille actuellement depuis le 13 Juillet 2018 exactement. J'ai fait mon stage pré-professionnel au sein de mon lieu d'exercice actuel (EHPAD). Ensuite, j'ai été gardé pour l'été et ensuite mon contrat s'est renouvelé à chaque fois. Donc, en fait, depuis je travaille en gériatrie. Ça fera bientôt 5 ans cet été que je suis infirmière et que je travaille en EHPAD.

ESI : Ok, très bien, je te remercie.

Ensuite, j'aimerais du coup savoir : lorsque vous constatez que l'état d'un résident se dégrade, qu'entendez-vous par là ? Et du coup, peux-tu me donner des manifestations de l'altération de l'état d'un résident ?

IDE : Ça dépend de tout type de situation mais ça peut être un résident qui ne mange plus, où on constate une perte de poids, une désorientation qui n'est pas habituelle, des troubles du comportement inhabituels aussi chez lui. Les familles qui viennent nous voir en nous disant : "on le reconnaît plus, il nous parle plus". Quelqu'un qui s'isole et qui ne parle plus. Ça peut être aussi de la température tout simplement. En prenant une tension, on s'aperçoit qu'il (le résident) est en hypotension ou à l'inverse qu'il est en hypertension. Ça peut être une prise de sang aussi, parce que l'on fait des prises de sang annuelles. Deux fois par an, donc tous les six mois, et on peut observer justement que le bilan est perturbé par un ionogramme perturbé ou autre. Le taux de glycémie qui est élevé. Voilà, ça peut être aussi de l'agressivité, ça comprend le trouble du comportement mais une personne qui devient agressive alors que d'habitude elle est douce. Voilà ça peut être par plusieurs manifestations. Là, ça me vient comme ça, mais on a plein, plein, plein... ou un malaise, ça peut être un malaise en plein milieu du repas. Ou une plainte même du résident ! Un résident qui nous dit par lui-même "ça va pas" ou ne se sent pas comme d'habitude.

ESI : Très bien. Totalemment, merci.

Du coup, vous avez de nombreux résidents, du coup, à l'EHPAD, sous votre responsabilité. Comment tu es prévenu qu'un résident se dégrade ? Tu as déjà abordé quelques éléments.

IDE : Oui, alors, plus souvent... Déjà on a notre téléphone tout le temps, constamment, dès qu'on embauche, prendre le téléphone, c'est systématique. Donc soit c'est une collègue aide-soignante ou même la cadre parfois qui constate qu'un résident ne va pas bien et là on est interpellé via le téléphone. Ou alors, tout simplement en distribuant nos médicaments et là on s'aperçoit qu'un résident en train de manger, est en train de s'étouffer par exemple. Soit on le constate de nous même parce qu'on fait les pansements, parce qu'on donne les médicaments parce qu'on passe devant ce résident et voilà. Ou alors, via une collègue tout simplement. Ou un médecin, un médecin qui doit passer voir une dame, parce que c'était noté dans l'agenda que cette dame n'allait pas très bien depuis quelques jours. Le médecin passe la voir et en fait nous interpelle en nous disant venez vite, ça va encore moins bien.

ESI : Ok, ça marche. Du coup, au niveau procédure et en règle général comment fonctionne votre EHPAD quand justement, il y a une altération de l'état d'un résident ? Quelle est la prise en charge de celle-ci ?

IDE : Alors, souvent, quand on voit qu'il y a des critères de gravité, là on ne se pose pas de questions, c'est le 15. Quand on voit que c'est urgent et qu'il faut le (résident) prendre en charge immédiatement, sans attendre. On appelle le 15, quand il n'y a pas de médecin sur place c'est à dire après 17 heures ou les jours fériés, ou les week-ends. Ou alors, encore, si ça arrive dans la journée, en pleine semaine, si on a le médecin coordinateur qui est dans les parages, on l'appelle également et on lui dit "bah ça va pas". Ou quand on voit que ça peut attendre, on passe par le médecin traitant. On privilégie tout le temps quand même le médecin traitant avant le médecin coordinateur. Parce que c'est le médecin traitant tout simplement. Donc souvent on appelle le cabinet, on prévoit le rendez-vous. Si on voit que la date n'est pas trop loin, on maintient le rendez-vous, on le note dans l'agenda et nous du coup, on fait une surveillance rapprochée en prenant les constantes régulièrement, en essayant de faire une évaluation de la douleur ou autre. Ou si on voit que la date est beaucoup trop loin, parce qu'il n'y a pas de disponibilités avant. Là, on va appeler le médecin coordinateur en lui disant : « Là on a un petit souci, la dame ne va pas très bien et elle ne peut être vue que la semaine prochaine. ». Voilà, en général c'est comme ça que l'on... ou quand on voit que ça nécessite pas forcément de visite médicale et bien on fait une visite rapprochée. On prend par exemple une personne qui a une tension élevée, 15, 16 par exemple. On va faire une surveillance rapprochée 3 fois par jour, sur trois jours par exemple. Et ensuite si on voit que ... que c'est mieux, on en parle au médecin, sans forcément prévoir la visite. Ou alors à l'inverse, si on voit que ça s'aggrave et bien là évidemment on appelle le médecin et là il vient ausculter la personne et mettre un traitement si il y a besoin.

ESI : Très bien. Du coup, quelle collaboration est mise en place pour pallier à l'altération de l'état d'un résident ? Tu y as répondu... la collaboration soignante du coup infirmier médecin?

IDE : La collaboration je dirais bien c'est l'aide-soignante ou ta collègue aide-soignante ou agent qui va constater d'abord les premiers symptômes. Si, en faisant la toilette ou en donnant le petit déjeuner, elle s'aperçoit que où, la bouche est un petit peu de travers en lui donnant à manger. Ou à l'inverse ma collègue, elle lui fait sa toilette et elle (résidente) voit qu'elle discute pas du tout, alors c'est pas son habitude, on voit qu'elle a un petit peu, qu'elle a un faciès douloureux. On va essayer de poser des questions à l'aide soignante, on va aller voir la personne. Donc je dirais la collaboration avec agents ou soignants ou ça peut être le médecin aussi, le médecin, là, comme je disais tout à l'heure, donc le médecin. Ça peut être aussi l'aide-kiné, l'ergothérapeute qui passe voir le résident, qui s'aperçoit qu'on fait les pas comme d'habitude non plus. C'est déjà arrivé en plusieurs fois. Ou la cadre, pareil, aussi, qui passe donc dans le couloir et qui dit bonjour et... elle (la résidente) n'est pas comme ça d'habitude... voilà. En fait, je dirais vraiment en fait une équipe pluridisciplinaire finalement.

ESI : Ben oui, ça s'entend totalement. Merci. Et du coup, on a parlé du coup de médecin coordinateur. Et puis je voulais savoir dans l'EHPAD où tu travailles, tu en as parlé, de la présence. Est ce qu'il y a une présence quotidienne du médecin, oui ou non ? Et du coup, quel est le rôle de chaque médecin ?

IDE : Alors le médecin coordonnateur est présent, pour nous, je parle pour notre service, est présent du mardi au vendredi normalement. Parce que le lundi, elle est à Malestroit ou à Josselin. Je sais plus de mémoire. Et en fait, elle va être présentée soit le matin ou soit l'après-midi. Donc le mardi, par exemple, elle va être présentée le matin, le mercredi, jeudi et vendredi ça va être l'après-midi. Donc voilà... La différence entre un médecin coordonnateur et un médecin traitant, le médecin traitant, comme je disais tout à l'heure, on va toujours privilégier le médecin traitant pour des soucis d'ordre médical en fait. Quand ils ne vont pas bien ou autre, on privilégie tout le temps, tout le temps le médecin traitant si on peut. Le médecin coordonnateur, il va être là pour coordonner en fait. Donc, si il y a un problème entre deux résidents par exemple. Il y a un résident qui ne s'entend pas avec son voisin ou autre, on va essayer de trouver des solutions et en parler au médecin coordonnateur. Ça peut être aussi des soucis avec les familles aussi. Il va vraiment être là pour coordonner, nous accompagner, nous donner des conseils au quotidien. Comment dire...ça peut être vraiment, c'est oui, c'est pas pareil disons. On va plus parler des soucis dans l'EHPAD, on va dire, dans l'EHPAD en lui-même, sans parler forcément de soucis médicaux aux médecins coordonnateurs, contrairement aux médecins traitants je dirais. Ça va me revenir sûrement.. mais...

ESI : Non mais ça marche, pas de soucis. Et du coup, ensuite, qu'est-il mis en place du coup, par vous les infirmières, lorsqu'il n'y a pas de médecin ? Tu as déjà un peu répondu aussi à ça. Et puis t'arrive t' il de réaliser des actes en attendant la prescription ?

IDE : Et oui. Alors du coup, là, quand il n'y a pas de médecin du tout sur place, ni médecin coordonnateur, ni médecin traitant, on va appeler le 15, c'est la procédure en fait. Vraiment. Appeler l'hôpital par exemple, moi ça m'est déjà arrivé, vraiment, je savais plus quoi faire, j'étais un peu impuissante et en fait, au lieu d'appeler le 15 parce que je voulais pas non plus que la personne soit transférée ou appeler un régulateur urgentiste. Je voulais appeler le médecin de garde qui se trouve à l'hôpital. Et en fait ça ne nous couvre pas dans le sens où s'il arrive quoi que ce soit, en fait, c'est pas la procédure, donc ça ne nous couvre pas du tout. Donc, c'est vrai que l'on se tient tout le temps à appeler le 15, systématiquement, même pour avoir un avis médical. Parce qu' avant 20h, ce n'est pas un médecin urgentiste, c'est un généraliste que l'on a au bout du fil. Donc... non, c'est l'inverse avant 20h, c'est un médecin urgentiste qu'on a au bout du fil et après 20 h, c'est un médecin généraliste. Donc on essaie de s'y tenir. Et oui, il peut nous arriver de faire des surveillances hors prescription médicale. Comme je te disais tout à l'heure, un résident qui par exemple a une tension élevée. Et bien on va mettre en place une surveillance attentionnelle sur plusieurs jours, plusieurs fois par jour. Voilà, avant que le médecin arrive, par exemple, après, la tension est trop élevée beug, le médecin ne va pas pouvoir se déplacer. Voilà.

ESI : Ok.

IDE : Des petites choses comme ça. Ça peut être aussi une plaie par exemple une plaie par exemple qui se dégrade. On va mettre en place,... on va surveiller la plaie, on va mesurer la plaie, on va la prendre en photo pour voir l'évolution de la plaie.

ESI : Et...du coup, c'est rare que vous réalisiez des actes sans prescription médicale en attendant, du coup par exemple, que ce soit le médecin qui les ai prescrit à l'oral ou, ou, comment dire, en attendant qu'il y ait une visite par exemple le lendemain, des choses comme ça, en préventif on va dire ?

IDE : Alors si si si, par exemple, quelqu'un qui ne va pas bien, on ne va pas forcément attendre. Par exemple, la visite du médecin traitant est prévue le lendemain si on voit que l'état de la personne se dégrade et on veut absolument qu'en venant le médecin il ait le bilan de sortie. On va faire un bilan sans prescription. Voilà, pour qu'au moins, le médecin quand il vient le lendemain, ben en fait, qu'il est des données qu'il puisse ... parce qu'en fait, on se dit ; si on attend, et bien le médecin va arriver le lendemain, il va dire : « vous allez faire une prise de sang soit dans l'après midi ou le lendemain matin ». Mais du coup derrière, va falloir le rappeler en fait. Donc on anticipe beaucoup comme ça malheureusement.

ESI : Ok, bah oui, c'est ça, c'est quelque chose que j'avais un peu, un peu conscience et même que j'ai retrouvé aussi avec eux dans les différents EHPAD où je suis passé en stage et où j'ai travaillé. C'est vrai, que bah en fait, vous êtes un peu tout seul et du coup, vous êtes obligés un peu d'anticiper, de prévenir et c'est pour ça que c'est un peu le cadre de mon mémoire. Et du coup, je voulais savoir quelles sont les compétences et éléments nécessaires au jugement clinique de l'infirmier qui l'amène à prendre une décision telle qu'elle soit en fait. Dans une situation, quels éléments du jugement clinique sont importants ?

IDE : Le critère de gravité, je dirais. Le critère de gravité, vraiment ! Si je vois vraiment que c'est urgent et que ça met en danger, entre guillemets, le résident, je ne vais pas, ma conscience professionnelle fait que je ne vais pas attendre une prescription avant de réagir. En même temps, ça fait partie de mes compétences. Critère de gravité, après, je vais pas aller au delà, je ne vais pas mettre non plus un diplôme, on va dire en jeu. Je ne vais pas aller non plus donner un médicament dont je ne connais pas les effets secondaires. Je ne vais pas aller donner un médicament, je ne vais pas aller ça dépend en fait, oui c'est compliqué...

ESI : Bah oui, c'est vrai que c'est une question un peu délicate mais...

IDE : Oui, critère de gravité, oui, je dirais les critères de gravité, les critères de gravité vraiment. Ou comme je t'ai dit, pour anticiper en fait, par exemple, une situation qui va pouvoir pousser l'examen. C'est-à-dire je sais qu'en faisant une prise de sang la veille, si je la fais la veille, le médecin vient, avec les données de la prise de sang. Je sais que ça va pousser l'examen, donc le médecin va pouvoir plus donner un diagnostic en fait. Ça ou le confort du résident tout simplement, le confort, si il peut être mieux sur le plan médical et sur le plan bien être on va dire, oui je vais, je vais aussi privilégié.

ESI : Ok.

IDE : Je sais pas si ça répond à ta question? Je suis désolée.

ESI : Mais si, si c'est ça. Mais c'est... et puis sur quoi tu te bases pour prendre ta décision et pour enfin réaliser un soin. Donc en gros tu as répondu je pense.

IDE : Et aussi, je dirais tout le temps demander l'avis de mes collègues. Ca c'est, ... on fonctionne tout le temps en équipe. Comme je te disais tout à l'heure de l'équipe pluridisciplinaire, je vais m'appuyer aussi sur les éléments que mes collègues me donnent euh voilà aussi, aussi.

ESI : Ok, super.

IDE : Les familles aussi, ça peut être les familles, tout simplement. Si on a une famille qui me dit non, non, ne vous inquiétez pas, c'est habituel : "Elle a toujours une tension basse" ou à l'inverse " Non, ne vous inquiétez pas, il y a toujours eu un petit peu des troubles cognitifs comme ça." ... Voilà, je vais me baser aussi sur ça, sur ce que les familles me disent aussi.

ESI : D'accord, c'est ça, merci. Et du coup, existe t il un partenariat, je passe à autre chose mais un partenariat entre l'EHPAD et les urgences les plus proches?

IDE : Alors un partenariat ? Alors nous, on a les urgences qui se trouvent juste à côté de notre service. Un partenariat ? On fonctionne, en fait, on fonctionne, c'est à dire on a le médecin régulateur au téléphone puisqu'en fait on ne transfère jamais un résident comme ça aux urgences. Il faut tout le temps qu'on passe soit par le médecin traitant, soit par le médecin coordonnateur qui nous adresse aux urgences par un courrier ou même parfois ça se fait par téléphone. Parfois le médecin traitant a eu le médecin urgentiste des urgences en disant "je vous adresse telle personne, elle va arriver...". Ou alors parfois ça va être le 15, en appelant le 15 un week-end ou un jour férié, encore une fois, la personne se dégrade etc. Là, il y a un degré d'urgence qui fait qu'il doit être du coup transféré dans un service, aux urgences. Donc, on appelle la régulation, la régulation autorise que l'on fasse le transfert. Il envoie

une ambulance. Donc, en fait, nous derrière, on s'occupe de tout ce qui est administratif, les antécédents, la fiche administrative avec toutes les infos sur le résident, les traitements en cours, les personnes à prévenir etc. La petite enveloppe en fait qui va, qui va accompagner le résident. Ensuite, souvent, les ambulances arrivent, le (le résident) transfère aux urgences et c'est comme ça que ça se passe. Et très souvent c'est comme ça que ça se passe. Ou quand ce n'est pas par le biais de la régulation, si c'est le médecin traitant ou le médecin coordonnateur qui nous adresse le résident... bah du coup, aux urgences. Là, on s'occupe, nous par contre, de prévoir le transport. On prévient les familles, etc. Et là pareil, encore une fois, du coup si on envoie le résident aux urgences, mais c'est rare en fait, qu'on se voit finalement en fait, en face à face. C'est arrivé une fois, où moi, je m'étais permise, j'ai anticipé, je voulais pas attendre les ambulances qui avaient un petit peu de temps d'attente. C'était à côté, voilà, c'était une personne qui pouvait être en fauteuil. Je l'ai envoyé de moi-même aux urgences pour éviter de faire déplacer une ambulance. Voilà, ça dépend en fait dans quel contexte je peux me permettre de l'envoyer de moi-même aux urgences. Voilà, je sais pas si ça a répondu à ta question ?

ESI : Si, si totalement, ce qu'il y a aussi, c'est ce que j'ai observé aussi, qu'il y avait des fois des partenariats ou dans certaines, certains territoires entre les urgences et les différents EHPAD des choses qui avaient été mises en place. Mais, du coup, c'est pour ça que je voulais me renseigner là-dessus, comment ça se passait au niveau de ton EHPAD. Donc voilà. Mais c'est très bien, merci. Ensuite, bah du coup, qu'est-il mis en place ? Est-ce qu'il y a des choses de mise en place afin que la situation vécue ne se répète pas. Donc là, je fais référence notamment au fait que... Imaginons qu'il y ait la réalisation de soins régulièrement, quand il y a une altération de l'état d'un résident, est-ce que si on le réalise sans prescription médicale, est-ce qu'il y a quelque chose qui est mis en place pour pas que ça se répète ?

IDE : Oui et non parce qu'en fait, par exemple, on ne peut pas demander, par exemple, au médecin coordonnateur, bah d'être tout le temps présent la semaine. Tu vois, par exemple, d'être là constamment du lundi au vendredi, de 9 h à 18 h. Enfin, tu vois, il y a des choses, c'est au-delà de... on ne peut pas en fait, c'est pas possible. Donc là, en l'occurrence non, parce que souvent en fait on anticipe énormément par manque, par manque de personnel mais par manque de présence du médecin finalement. Ce n'est pas non plus de leur faute. Donc là, je dirais non sur ce point là. Après, si, par exemple, une personne qui se dégrade par exemple, tu parles d'une fin de vie par exemple, quand on met, quand on voit que la personne va moins bien, on essaie d'anticiper avant le week-end pour que le médecin se déplace et mette du coup des prescriptions anticipées. Donc tout ce qui est *Hypnovel*, *Scoburen*, *Morphine* au cas où, justement la personne se dégrade et qu'on se retrouve pas sans prescription. Et voilà, ça on essaie, par exemple si un week-end on voit que la personne, bah on a pas de prescription parce qu'on a pas anticipé ou autre, et bah on sait que du coup on va se dire bah la prochaine fois non. Il faut absolument ça, que ce soit... il faut qu'on se dise dès que la personne se dégrade, hop prescription anticipée. Quitte à ce qu'on anticipe beaucoup en se disant, et bien, si le médecin traitant peut pas avant telle date, on va faire appel au médecin coordonnateur. Voilà, ça peut être ça... qu'est-ce que ça peut être ? Essayer de faire par exemple les surveillances tensionnelles la semaine et pas le week-end ? Si jamais on s'aperçoit qu'il y a des résidents qui ont une tension élevée en faisant toutes les tensions par exemple, on va faire des tensions tous les mois, donc, peut-être faire la semaine et pas le week-end. Comme ça au moins le week-end, si la semaine, on voit qu'il y a une tension qui passe ou à l'inverse qui est haute. Nous, on va pouvoir mettre des choses en place parce que ça fait partie de nos compétences. Mais s'il y a une tension à 18, on va attendre un peu avant qu'elle descende, mais il va peut-être falloir mettre un traitement antihypertenseur. Et là, on va pouvoir avoir un médecin au bout du fil en fait. Que le week-end c'est plus compliqué.

ESI : C'est ça, oui, anticiper pour le week-end. Totalement. Je pensais aussi aux protocoles du coup les protocoles des choses comme ça, ça c'est... je ne sais pas si quelque chose qui est mis en place ?

IDE : De quel ordre du coup ?

ESI : Ben en fait ... comment dire, dans le cas d'altération ou s'il y a une altération répétée en fait de résidents, que vous observez. Est-ce que vous mettez en place des protocoles ? Je pense que ça peut être tout simplement au niveau, ou au niveau glycémique, pour des résidents qui font une hypoglycémie, est-ce que vous mettez en place des protocoles, des choses comme ça ?

IDE : Bien sûr, bien sûr, bien souvent oui.

ESI : Oui, qui existent déjà?

IDE : Oui. Mais en plus c'est bien, je rebondis sur ce que tu dis parce que souvent en plus sur le diabète, bien évidemment, souvent on essaie même de modifier le protocole quand on voit que c'est à répétition et que la personne est sans arrêt en hyperglycémie, constamment. On va très souvent rappeler le médecin encore une fois, parce que par contre, tu sais, on n'a pas le droit d'adapter un protocole de nous même en fait. Il faut tout le temps que ce soit,.. fin c'est un acte médical. Donc on va facilement revoir le protocole de la rapide. Par exemple, en se disant entre deux et cinq, on va faire quatre unités de rapide ou entre trois et quatre... fin je dis n'importe quoi, on adapte vite le protocole. Ou à l'inverse, quand tu me parles aussi de dégradation de l'état général, on va mettre en place par exemple une réunion, du coup, une réunion de synthèse finalement. D'ailleurs c'est ce qui est mis en place très souvent, les réunions de synthèse, où on doit donner trois noms, parfois plus ou parfois moins. Et on se concerta tous ensemble, donc l'équipe du matin et d'après midi et du coup, on essaie de trouver des solutions ensemble. Encore une fois, toujours en parlant de l'équipe pluridisciplinaire, en réunissant tout le monde. Voilà. Le protocole de ce type là, aussi.

ESI : Ok, bien très bien, merci. Ensuite on a parlé du coup. Est ce que le fait de réaliser les soins en dehors de son champ de compétence et du coup, sans prescription médicale, est il une forme de dépassement de compétences pour toi ? Et si oui, est-tu au courant des risques encourus dans ce cas ? Et qu'en penses tu en fait ?

IDE : Alors oui, ben oui, parce qu'on va dire juridiquement parlant, on n'a pas le droit en fait. On a pas le droit parfois de faire des choses. Parce que, un truc tout bête, un résident qui y est très très très agité, on va avoir un protocole où on met en place par exemple des anxiolytiques si besoin. Si on voit qu'un *Seresta* de dix ne suffit pas par exemple. Et bien, on va parfois redonner un autre *Seresta* dans la journée et pourtant celui-ci n'est pas prescrit. Donc on sait qu'en faisant ça, entre guillemets, on ne risque pas non plus, fin voilà, c'est un médicament qu'il prend quotidiennement, on ne risque rien entre guillemets. Je dis bien entre guillemets. Mais on sait qu'en fait, et bien ça va être bénéfique pour le résident. Donc en fait, on est partagé, oui, on dépasse nos compétences, normalement on n'a pas le droit de donner si, ce n'est pas prescrit. Mais d'un côté on sait que c'est pour le bien être du résident. Donc c'est... ça c'est tout le temps. En EHPAD, le souci, c'est qu'on est tout le temps partagé comme ça. Quand on décide de démarrer par exemple l'*Hypnovel* dans un contexte de fin de vie, on sait qu'on y a droit parce que c'est prescrit, mais on sait que c'est notre responsabilité de démarrer l'*Hypnovel*. Donc du coup, en fait, parfois on est le seul infirmier avec nos autres collègues, aides soignants, agents voilà. Mais après, là, je m'éloigne parce que l'on n'est pas dans un dépassement de compétences. Mais oui, on sait qu'on risque notre diplôme clairement, donc oui, je connais les risques, mais je ne dis pas que j'arrêtera du jour au lendemain de dépasser mes compétences parce que je sais que ce sera tout le temps en faveur du résident. Et ça, ça reste pour moi une priorité quand même dans un service d'EHPAD.

ESI : Très bien.

IDE : Je ne sais pas si je répons encore totalement à ta question ?

ESI : Si, c'était totalement ça. Et puis bah je voulais savoir, enfin ... je m'intéressais un peu à la charge mentale. Et puis, est ce qu'il y avait un impact psychologique dans ce genre de situation à réaliser ce genre de choses ? Je ne sais pas ? Est-ce que le fait du coup, de toujours, en fait de réaliser un dépassement de compétences, ça a joué sur ta charge mentale ?

IDE : Et bien oui, oui, oui parce que oui, oui, oui, oui, tout à fait. Parfois, on culpabilise beaucoup parce que, par exemple, si une personne se dégrade, on essaie de faire les gestes, on prend les constantes, on réalise les gestes d'urgence. Fin voilà, on est droit dans nos baskets, en se disant oui, ce qu'on a fait c'est et c'est bien, c'est ce qu'il fallait faire etc etc. Mais là, il n'y a pas de médecin sur place, on appelle la régulation, on voit que ça met beaucoup de temps. L'ambulance met du temps à arriver etc. Mais malgré tout ce qu'on fait en fait, on voit que la personne continue à se dégrader... On culpabilise parce que parfois voilà, avant que l'ambulance arrive, parfois le résident, malheureusement, malgré les soins d'urgence, il décède. Fin voilà, on culpabilise beaucoup quand même, on rentre chez soi en n'étant pas serein, on se dit qu'est ce qu'on aurait pu faire, qu'est ce qu'on aurait pu mettre en place pour pas que ça se passe comme ça ? Et parfois on essaie d'en rediscuter avec le médecin. Moi, ça m'est arrivé, j'ai eu une situation qui m'a marqué, une personne qui s'était dégradée justement alors qu'elle allait très bien jusqu'ici. J'ai pris des constantes, j'ai appelé le médecin régulateur, il n'a pas pu la transférer parce que voilà, il avait ses raisons. J'ai rappelé en disant qu'elle s'était encore dégradée et malheureusement cette dame, elle est décédée entre-temps. Et bien, le lendemain, voilà, on a pu en rediscuter avec le médecin coordinateur, avec l'équipe. On en a reparlé en réunion de synthèse quelques jours après. Le médecin m'avait bien dit vous avez eu les gestes qu'il fallait, vous ne pouvez pas mieux faire, etc. Mais malgré ça, on culpabilise quand même. Parce que le décès est là en fait. Fin c'est, je pense que ça c'est malgré le dépassement de compétences je pense.

ESI : Du coup, ça c'est malgré... comment dire? Il y a deux choses du coup! Il y a le fait de ne pas avoir pu rien faire. Et puis, moi j'étais sur le : est ce que du coup, le fait de réaliser des soins répétés, fin mettre un peu tout le temps son diplôme en jeu ? Est ce que ça a impacté du coup ta charge mentale ? Est ce que ça t'impacte ?

IDE : Oui oui oui oui, c'est bien oui, mais si on n'est pas dans les règles en fait. Oui, oui, moi c'est vrai que je me suis éloignée.

ESI : Non, non...

IDE : Si, si on culpabilise, on sait que c'est pas bien, on sait qu'on a pas le droit. Là, on est en service de gériatrie donc on sait que parfois on n'a pas le choix parce qu'on a pas de médecin sur place comme dans un service standard, où il y a tout un médecin de garde, où le médecin est présent plus souvent. Là, on sait qu'on n'a pas le choix. Mais le jour ou un jour si on va dans n'importe quel service justement actif, et bien on se sentirait un peu,... ça nous ferait bizarre, parce qu'on se dirait : ah mais ça d'habitude, on le fait toute seule, on a pas besoin d'actes, on a pas besoin d'actes médicaux pour le faire. Donc oui, on sait qu'on n'est pas dans les règles parfois. Donc oui, bien sûr, ça a un impact bien sûr. Quand on en parle entre collègues, on se dit olala, fin on sait qu'on a pas le droit, mais bon. Et en fait, à force, malheureusement, ça devient une routine. Mais en fait, on normalise en fait nos décisions et nos gestes parfois.

ESI : Ouais, ouais. Voilà, c'était sur ça que je voulais aller. Merci beaucoup. Moi je vais avoir fait le tour de ce que je voulais te demander. Je ne sais pas si t'avais quelque chose à rajouter ou qui te revenait sur tout ce que l'on a pu parler ?

IDE : Franchement non, après, je voulais peut-être rebondir sur le médecin coordonnateur, parce que j'ai pas trop su encore te répondre. Entre les différences, entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant. C'était ça ta question ?

ESI : Oui.

IDE : Oui, c'est ça. Je disais que le médecin coordonnateur, il a plus son rôle d'accompagnement des familles, des soucis, on va dire, interdisciplinaire en fait, des équipes, voilà. Notamment là, on avait une situation où il y avait une famille qui n'était pas satisfaite de la prise en charge pour quelques raisons. Et bien justement, ça n'a pas été. On a pas appelé le médecin traitant par exemple de cette résidente. Parce que c'était de l'ordre du médecin coordonnateur. Et bien, le médecin coordonnateur,

on lui en a parlé, on a eu une réunion avec elle, avec toute l'équipe également. Le médecin a appelé la famille en question, s'est entretenu avec la famille. On a pu mettre en place des solutions, etc. Donc voilà, je voulais vraiment bien distinguer du coup, le médecin traitant du médecin coordonnateur. Même si le médecin coordonnateur, lui, par contre, dépasse son rôle de médecin coordonnateur, malheureusement très, très très souvent. Parce que justement, on n'a pas eu de médecin coordonnateur pendant un long moment, du coup elle a dû se détacher des autres EHPAD, pour justement venir dans le nôtre. Du coup, bah elle par contre, elle fait parfois son rôle de médecin traitant pour certains résidents. Mais souvent elle est là aussi pour accompagner les projets personnalisés... Tu sais le PAP, les projets d'accompagnement personnalisé. Là aussi, elle a un rôle à jouer là dedans également.

ESI : Voilà, ok, ça marche. Et bien merci.

Fin de l'entretien

Discussion et remerciements.

ANNEXE VI : ANALYSE DESCRIPTIVE

Objectifs :	Sous thèmes	IDE I	IDE II
Connaître le parcours de l'Infirmière Diplômée d'Etat (IDE)	Expérience professionnelle	<p>“Du coup, moi j’ai été diplômée en décembre 2021 et j’ai tout de suite commencée dans un EHPAD, dans lequel je bossais en tant qu’aide-soignante avant”</p> <p>“J’y ai travaillé pendant un an.”</p> <p>“Et là, depuis janvier, je suis en intérim donc j’interviens dans pas mal d’EHPAD de la ville d’Angers”</p>	<p>“Pour le moment, je n’ai fait que de la gériatrie”</p> <p>“J’ai fait mon stage pré-professionnel au sein de mon lieu d’exercice actuel (EHPAD)”</p> <p>“Ca fera bientôt 5 ans cet été que je suis infirmière et que je travaille en EHPAD”</p>

Analyse :

Pour commencer cette analyse, j’ai d’abord interrogé les infirmières sur leur parcours professionnel ; cela dans le but de déterminer l’expérience de chacune des deux infirmières, élément qui pourrait être déterminant dans la suite de l’analyse. La première infirmière interrogée déclare avoir “été diplômée en décembre 2021”, alors que l’autre infirmière s’avère être diplômée depuis presque cinq années. Une différence est donc constatée en termes d’années d’expérience professionnelle. En revanche, les deux infirmières travaillent ou ont travaillé dans un EHPAD qu’elles connaissent, l’une y avait travaillé avant en tant qu’aide-soignante et l’autre y avait réalisé son stage pré-professionnel, seule la première infirmière a exercé dans différents EHPAD depuis quelques mois. Elles ont également toutes les deux une expérience unique en gériatrie et notamment en EHPAD depuis qu’elles exercent en tant qu’infirmière.

1) La prise en soins et la collaboration lors de l’altération de l’état d’un résident en EHPAD

Objectif :	Sous thème	IDE I	IDE II
	Définition de l’altération d’un résident	<p>“Elles (aides soignantes) nous disent régulièrement en transmission, «je ne le trouve pas comme d’habitude ou il ne mange pas comme</p>	<p>“un résident qui ne mange plus, où on constate une perte de poids, une désorientation qui n’est pas habituelle, des</p>

Définir l'altération de l'état d'un résident et les signes ou manifestations associés		d'habitude, il ne se déplace pas comme d'habitude»”	troubles du comportement inhabituels aussi chez lui.”
	Les signes et manifestations	<p>“ça passe beaucoup par l'alimentation, les mobilisations qu'ils peuvent avoir, la communication aussi parfois qui est altérée et ça c'est surtout au moment de la toilette avec les aides-soignantes”</p> <p>“Les aides-soignantes elles aident beaucoup à nous faire remarquer qu'il y a une altération de cet état là.”</p>	<p>“une perte de poids” “désorientation” “des troubles du comportement inhabituels”</p> <p>“température [...] en prenant une tension”</p> <p>“ Ça peut être une prise de sang aussi”</p> <p>“un malaise, ça peut être un malaise en plein milieu du repas.”</p>
Connaître le fonctionnement interne de l'EHPAD et la collaboration soignante lors de l'alerte d'une dégradation d'un résident	L'équipe pluridisciplinaire	<p>“les aides soignantes et les agents”</p> <p>“Les aides-soignantes elles aident beaucoup à nous faire remarquer qu'il y a une altération de cet état là.”</p> <p>“C'est vraiment pluridisciplinaire”</p>	<p>“on le constate de nous même parce qu'on fait les pansements, parce qu'on donne les médicaments parce qu'on passe devant ce résident”</p> <p>“une collègue aide-soignante ou même la cadre”</p> <p>“Ou un médecin”</p> <p>”l'aide kiné, l'ergothérapeute”</p>
	Les familles	“parfois aussi les familles, parce qu'un résident ne va pas dire la même chose à l'infirmière, à l'aide soignante ou à sa famille”	“Les familles qui viennent nous voir en nous disant : “on le reconnaît plus, il nous parle plus”
	Le résident		“Ou une plainte même du résident”
		“un premier diagnostic infirmier en essayant de savoir s'il a besoin par exemple d'oxygène ou de n'importe quoi avant le passage d'un médecin en urgence”	“quand il n'y a pas de médecin du tout sur place, ni médecin coordonnateur, ni médecin traitant, on va appeler le 15, c'est la procédure ”

<p>Connaître la procédure lors de l'altération de l'état d'un résident en EHPAD</p>	<p>A court terme (dégradation brutale et urgences)</p>	<p>“on va essayer de joindre le médecin traitant”</p> <p>“Parfois on a des lignes directes avec les médecins mais c'est très très rare [...] il y a une confiance qui doit s'installer entre l'infirmier et le médecin”</p> <p>“le week-end ou le soir tard et bien on appelle le SAMU”</p> <p>“je suis pas médecin donc je préfère appeler pour rien et appeler [...] ils t'enverront soit un médecin ou une ambulance. Ils te diront quoi faire et ils te prescriront quelque chose aussi.”</p>	<p>“si on a le médecin coordinateur qui est dans les parages, on l'appelle également”</p>
	<p>A long terme</p>	<p>“tu appelles le médecin, tu lui demandes de passer rapidement. Peut-être qu'en fonction de la dégradation il va te dire avant que j'arrive perfuser [...] ou je ne sais pas ce qu'il pourrait nous prescrire”</p>	<p>“quand on voit que ça peut attendre, on passe par le médecin traitant. On privilégie tout le temps quand même le médecin traitant”</p> <p>“ Si on voit que la date n'est pas trop loin, on maintient le rendez-vous [...] une surveillance rapprochée ”</p> <p>“Ou si on voit que la date est beaucoup trop loin, parce qu'il n'y a pas de disponibilités avant. Là, on va appeler le médecin coordinateur”</p> <p>“quand on voit que ça nécessite pas forcément de visite médicale et bien on fait une visite rapprochée” “si on voit que ça s'aggrave et bien là évidemment on appelle le médecin et là il vient ausculter la personne et mettre un traitement s'il y a besoin.”</p>

Identifier la collaboration avec le corps médical ainsi que la présence du médecin à l'EHPAD et le rôle du médecin coordonnateur	Présence d'un médecin coordonnateur en EHPAD	<p>“Non et dans tous les EHPAD que j'ai fait, je n'en ai jamais vu.”</p> <p>“C'est assez rare”</p>	<p>“Alors le médecin coordonnateur est présent, pour nous, je parle pour notre service, est présent du mardi au vendredi normalement”</p>
	Le rôle du médecin coordonnateur	<p>“quand ils sont présents c'est souvent pour les nouveaux entrants, ils vont regarder les entrées, et c'est très rare qu'ils puissent te faire une prescription dans l'urgence en tout cas.”</p>	<p>“Le médecin coordonnateur, il va être là pour coordonner en fait. Donc, s'il y a un problème entre deux résidents par exemple.”</p> <p>“Il va vraiment être là pour coordonner, nous accompagner, nous donner des conseils au quotidien.”</p> <p>“On va plus parler des soucis dans l'EHPAD”</p> <p>“ il a plus son rôle d'accompagnement des familles, des soucis, on va dire, interdisciplinaire en fait, des équipes”</p> <p>“Même si le médecin coordonnateur, lui, par contre, dépasse son rôle de médecin coordonnateur, malheureusement très, très très souvent”</p> <p>“elle est là aussi pour accompagner les projets personnalisés”</p>

Analyse :

Au-delà de l'expérience des professionnels de santé, désormais, l'objectif est que les professionnels donnent leur point de vue et définissent ce qu'est une altération de l'état d'un résident et surtout comment se manifeste-elle ? Le constat des deux infirmières est qu'à travers une altération de l'état d'un résident il y a des éléments et comportements qui ne correspondent pas aux habitudes connues du résident telle qu' “une désorientation qui n'est pas habituelle”, “des troubles du comportement inhabituels aussi chez lui.”(IDE II) ou “il mange pas comme d'habitude, il se déplace pas comme d'habitude” (IDE I). Une altération de l'alimentation est un signe évoqué par les deux infirmières se manifestant notamment par une perte de poids. La première infirmière s'attarde sur la mobilisation et la communication du résident lors de soins comme la toilette avec les aides-soignants, sont des éléments cliniques marquants une altération. La seconde infirmière complète qu'elle prend également les constantes vitales telles qu' “une tension”, “la température” ou encore “une prise de sang” relevant dans ce cas d'un acte médical. Enfin, la seconde infirmière termine en disant que

cela peut se manifester par un malaise.

Désormais, malgré que les deux infirmières ont apporté des éléments dans la réponse à la question précédente, la question leur est posée de savoir comment êtes-vous prévenu qu'un résident se dégrade ? Toutes deux abordent finalement l'équipe pluridisciplinaire, la première infirmière explicitement et la seconde en citant les différents professionnels de santé de cette équipe pluridisciplinaire. En premier lieu, la première infirmière explique "que nous en tant qu'infirmière, on ne voit pas forcément les 90 ou 100 résidents". De ce fait, "les aides-soignants et agents" s'affirment être les premiers soignants à alerter les infirmières lorsqu'il y a une dégradation d'un résident. Ensuite, viennent la cadre, les médecins et tous collègues susceptibles de signaler un résident qui semble pas dans un état normal, sans oublier les infirmières lorsqu'elles dispensent des soins, comme nous rappelle la deuxième infirmière. De plus, les familles sont aussi des acteurs qui peuvent venir voir les soignants et dire «"on le reconnaît plus, il nous parle plus"» (IDE II). Pour finir, le résident, de lui même peut signaler de lui même un mal être à la famille ou aux soignants.

Pour continuer, une importance particulière a été portée au fonctionnement de la prise en soins lors de l'altération d'état d'un résident. Dans les propos des infirmières, nous pouvons distinguer le traitement de l'altération à court terme de l'altération plutôt traitée à long terme. Pour une altération d'un résident plutôt brutale, avec des critères de gravité et relevant de l'urgence, il s'avère qu'elles font recours au SAMU (le 15), "je préfère appeler pour rien et appeler", précise la première infirmière et "c'est la procédure" selon la seconde infirmière. L'IDE I assure que dans le cas où il est joignable, appeler le médecin traitant avant le SAMU et parle de l'existence de lignes directes avec les médecins établis sur une relation de confiance. Les deux infirmières s'accordent à privilégier le médecin traitant pour le suivi médical du patient et de l'appeler quand il est joignable en cas de dégradation de l'état d'un de leur patient. Cependant dans le cadre de l'urgence, la seconde infirmière affirme, quand il est présent dans le service, faire appel au médecin coordinateur. Sur une altération de l'état du résident à plus long terme la prise en soins décrite semble diverger. La première infirmière appellera le médecin traitant qui passera dès que possible en donnant potentiellement des prescriptions orales au téléphone. Alors que la seconde infirmière, elle de son côté, souligne que "si on voit que la date est beaucoup trop loin, parce qu'il n'y a pas de disponibilités avant", "on va appeler le médecin coordinateur" dans le cas d'un problème de l'ordre médical. Cependant, si cela est de l'ordre de son rôle propre infirmier, elle mettra en place des surveillances rapprochées en place et en fonction de l'évolution de celle-ci contactera le médecin traitant.

Pour terminer ce thème, la question posée s'intéresse à la présence et la collaboration avec le corps médical. Le but est d'identifier la présence et le rôle des médecins intervenants en EHPAD, en particulier celui du médecin coordinateur. Ainsi, depuis le début de l'analyse de ces entretiens, force est de constater que la seconde infirmière identifie comme acteur de la prise en soin des résidents, le médecin coordonnateur car il est présent dans son établissement. Alors que ce n'est pas le cas de la première infirmière. De fait, la seconde infirmière explique à deux reprises le rôle de celui-ci. Le médecin coordonnateur est là "pour coordonner, nous accompagner, nous donner des conseils au quotidien." et "parler des soucis dans l'EHPAD". A travers les soucis internes à l'EHPAD elle nomme les problèmes entre deux résidents ou bien de familles non satisfaites de la prise en soin. Ce médecin est également présent pour suivre les projets d'accompagnement personnalisés des résidents. Élément que la première infirmière sous-entend également en disant que celui-ci est impliqué dans les entrées de résidents en structure. En revanche, elle dit bien qu'elle n'a jamais travaillé avec des médecins coordonnateurs, "dans tous les EHPAD que j'ai fait, je n'en ai jamais vu". "C'est assez rare". Elle ajoute que celui-ci dans l'urgence, n'intervient pas en principe, ce que la seconde a plutôt contredit dans ces propos, "le médecin coordonnateur, lui, par contre, dépasse son rôle de médecin coordonnateur, malheureusement très, très très souvent".

2) La prise en soin sans prescription médicale en EHPAD

Objectif :	Sous thème	IDE I	IDE II
<p>Savoir si les infirmières réalisent des soins sans prescriptions médicales</p>	<p>Les prescriptions orales</p>	<p><i>Du coup, le SAMU te l'avait fait à l'oral mais tu n'avais pas de preuves ?</i> "Non c'est très rare que tu es des preuves du SAMU" <i>Souvent quand il (médecin) revient plus tard il réalise la prescription ?</i> "Oui, oui, généralement ou alors il nous la faxe dans la soirée mais en tout cas quand c'est des médecins traitants et quand ce n'est pas des urgences"</p>	
	<p>L'urgence</p>	<p>"Si on part du principe que l'oxygène par exemple il faut une prescription, bah si, j'ai déjà mis des personnes sous oxygène alors que j'avais pas de prescription"</p>	
	<p>Soins par anticipation</p>		<p>"quelqu'un qui ne va pas bien, on ne va pas forcément attendre" "On va faire un bilan sans prescription" "si on attend, et bien le médecin va arriver le lendemain, il va dire : « vous allez faire une prise de sang soit dans l'après-midi ou le lendemain matin »." "on anticipe beaucoup"</p>
	<p>La clinique</p>	<p>"Je me base sur ce que je vois cliniquement" "je les connaissais par cœur les résidents. La clinique, elle ne pouvait pas trop me faire défaut." " Je savais comment il respirait, comment il parlait" "toutes les constantes"</p>	

Identifier les éléments nécessaires au jugement clinique et la prise de décision		“tu connais aussi leur dossiers médicaux”	
	La gravité		<p>“Le critère de gravité”</p> <p>“Si je vois vraiment que c'est urgent et que ça met en danger, entre guillemets, le résident, je ne vais pas, ma conscience professionnelle fait que je ne vais pas attendre une prescription avant de réagir”</p> <p>“ Critère de gravité, après, je vais pas aller au delà, je ne vais pas mettre non plus un diplôme, on va dire en jeu”</p>
	L'équipe pluridisciplinaire		<p>”tout le temps demander l'avis de mes collègues”</p> <p>“l'équipe pluridisciplinaire, je vais m'appuyer aussi sur les éléments que mes collègues me donnent”</p>
Il y a-t'il un partenariat entre l'EHPAD et les urgences ?	Un dispositif innovant à Angers	<p>“Tous les EHPAD d'Angers sont dotés d'un smartphone et puis d'un kit d'urgence”</p> <p>“en déverrouillant le smartphone d'avoir l'unité de gériatrie directement en ligne”</p> <p>“le gériatre au bout du fil, il permet de les aider à prendre des décisions”</p>	
	La procédure et le		<p>“Alors nous, on a les urgences qui se trouvent juste à côté de notre service”</p> <p>“Il faut tout le temps qu'on passe soit par le médecin traitant, soit par le médecin</p>

	fonctionnement normal		<p>coordonnateur qui nous adresse aux urgences”</p> <p>“Ou alors parfois ça va être le 15, en appelant le 15 un week-end ou un jour férié [...] on appelle la régulation, la régulation autorise que l’on fasse le transfert. Il envoie une ambulance”</p>
Identifier la mise place de solutions aux soins non prescrits	Un constat	“J’ai l’impression que oui c’est vrai que c’est souvent les mêmes choses qui arrivent concernant les dégradations”	
	Aucune chose de mis en place	<p>“c’est un peu horrible mais avec le manque de personnel, le manque de formation des professionnels et tout. J’ai l’impression qu’il manque toujours un maillon dans la chaîne.”</p> <p>“Moi personnellement j’ai jamais vu quelque chose de miracle pour pallier à ça.”</p>	
	L’anticipation		“une fin de vie par exemple [...] quand on voit que la personne va moins bien, on essaie d’anticiper avant le week-end pour que le médecin se déplace et mette du coup des prescriptions anticipées”
	Protocoles		<i>est-ce que vous mettez en place des protocoles, des choses comme ça? “Bien sûr, bien sûr, bien souvent oui.” Oui, qui existent déjà? “Oui”</i>
	Réunion de synthèse		<p>“une réunion de synthèse”</p> <p>“c’est ce qui est mis en place très souvent”</p>

			<p>“tous ensemble, donc l'équipe du matin et d'après midi et du coup, on essaie de trouver des solutions ensemble”, “toujours en parlant de l'équipe pluridisciplinaire, en réunissant tout le monde.”</p>
<p>Connaître le point de vue sur la notion de dépassement de compétences</p>	Juridiquement	<p>“Pas vraiment mais je pense, c'est parce qu'il ne m'est jamais trop rien arrivée et qu' aucune faille ne m'est retombée dessus, ni embêtement.” “non, je ne suis pas au courant.”</p>	<p>“Mais oui, on sait qu'on risque notre diplôme clairement, donc oui, je connais les risques”</p>
	Exemple		<p>“Si on voit qu'un <i>Seresta</i> de dix ne suffit pas par exemple. Et bien, on va parfois redonner un autre <i>Seresta</i> dans la journée et pourtant celui-ci n'est pas prescrit.”</p> <p>“Mais on sait qu'en fait, et bien ça va être bénéfique pour le résident. Donc en fait, on est partagé, oui, on dépasse nos compétences, normalement on n'a pas le droit de donner si, ce n'est pas prescrit. Mais d'un côté on sait que c'est pour le bien-être du résident.”</p> <p>“donc on sait qu'en faisant ça, entre guillemets, on ne risque pas non plus, fin voilà, c'est un médicament qu'il prend quotidiennement, on ne risque rien entre guillemets.”</p>
		<p>“Oui, oui je pense sincèrement que oui mais on a pas vraiment le</p>	<p>“Alors oui, ben oui, parce qu'on va dire</p>

	Le dépassement de compétences	<p>choix, parce que [...] en fait tu es toute seule”</p> <p>“Moi, j’ai pas eu le choix d’attendre dans les situations urgentes, que quelqu’un vienne m’aider.”</p>	<p>juridiquement parlant, on n’a pas le droit”</p> <p>“Mais oui, on sait qu’on risque notre diplôme clairement, donc oui, je connais les risques, mais je ne dis pas que j’arrêterais du jour au lendemain de dépasser mes compétences parce que je sais que ce sera tout le temps en faveur du résident. Et ça, ça reste pour moi une priorité quand même dans un service d’EHPAD.”</p>
Savoir si la charge mentale des infirmières est impactée	Les prescriptions orales	<p>“Je dirais que ça impacte plus ma charge de travail et du coup ma charge mentale”</p> <p>“il faut toujours avoir en tête il y a 2 jours ce médecin là m’avait prescrit ça, est-ce qu’il a bien fait la prescription ?”</p> <p>“C’est compliqué, cela nous rajoute un peu à tous une charge de travail donc forcément oui notre charge mentale est impactée. ”</p>	
	La charge mentale du dépassement de compétences	<p>“Non parce que vu que j’ai jamais été confronté au fait que j’ai mal fait quelque chose ou que l’on me l’a reproché, du coup cela ne m’a pas impacté dans ce sens là.”</p> <p>“Mais peut être qu’un jour on me le reprochera et là je me dirai dans les situations en questions je me dirai qu’est-ce que je dois faire. ”</p>	<p>“Si, si on culpabilise, on sait que c’est pas bien, on sait qu’on a pas le droit. Là, on est en service de gériatrie donc on sait que parfois on n’a pas le choix parce qu’on a pas de médecin sur place comme dans un service standard.”</p> <p>“Quand on en parle entre collègues, on se dit olala, fin on sait qu’on a pas le droit, mais bon. Et en fait, à force, malheureusement, ça devient une routine.</p>

			Mais en fait, on normalise en fait nos décisions et nos gestes parfois.”
--	--	--	--

Analyse :

Alors que le premier thème abordé s'intéressait à la prise en soins et la collaboration lors de l'altération de l'état d'un résident en EHPAD, le second aborde maintenant la prise en soin sans prescription médicale en EHPAD. Tout d'abord un intérêt est porté aux soins que peuvent réaliser les IDE sans prescription médicale. Les deux infirmières répondent dans un premier temps, en réaliser. Mais finalement, une prescription sera délivrée à posteriori par un médecin. La première infirmière affirme en réaliser plutôt dans le cadre de l'urgence. Elle continue et fait part que les prescriptions seront plus facilement récupérées lorsque c'est un médecin traitant qui fait une demande de soin oralement contrairement au SAMU. Finalement, à travers l'échange, l'IDE I, se rend compte que la sollicitation du médecin pour la réalisation des soins s'avère rendre le soin avec prescription, bien qu'elle ne soit pas délivrée ou délivrée plus tard. Ainsi, elle comprend qu'elle ne réalise que peu voir pas de soins sans prescription. La seconde infirmière assure de son côté, en faire et plutôt anticiper les soins avant une visite médicale sans avoir une demande du médecin.

Une attention à ensuite été portée au jugement clinique et éléments cliniques nécessaire à la prise de décision de l'infirmière. Cette question fait écho à l'objectif du thème précédent concernant les manifestations et signes de l'altération de l'état d'un résident. La première infirmière met en avant ce qu'elle voit cliniquement. En effet, elle met en avant qu'elle connaît leurs dossiers médicaux et qu'avec le temps, “je les connaissais par cœur les résidents”, “la clinique, elle ne pouvait pas trop me faire défaut.” Elle s'appuie aussi sur les constantes qu'elle peut prendre avec le matériel dont elle dispose, dans le but de pousser la clinique. Alors que la deuxième infirmière, dans la continuité de la question précédente, énonce les critères de gravité comme éléments essentiels du jugement clinique permettant de prendre une décision. Pour finir, elle met en avant l'importance de la pluridisciplinarité et dit : “je vais m'appuyer aussi sur les éléments que mes collègues me donnent” et prendre la décision à plusieurs.

Dans la continuité de l'entretien, les infirmières sont interrogées sur l'existence d'un potentiel partenariat entre l'EHPAD et les urgences. Ce à quoi la première infirmière, travaillant du côté d'Angers, réagit positivement avec notamment l'existence d'un kit d'urgence (constitué de différents traitements et dispositifs tel que “des corticoïdes, du *scopoderme*, un petit peu d'antibiotiques, une perfusion”) et d'un smartphone présent dans les EHPAD du secteur de la ville. Elle explique qu' “en déverrouillant le smartphone d'avoir l'unité de gériatrie directement en ligne”, ceci permettant aux IDE et aides-soignantes, notamment de nuit, d'avoir de l'aide et des conseils dans la prise de décision et les soins. Ce type de dispositif n'existe pas du côté de Ploërmel, l'infirmière explique que de son côté, les urgences sont proches de l'EHPAD où elle exerce et qu'un partenariat n'existe pas. Pour que les résidents soient adressés aux urgences, il faut que les IDE aient l'autorisation du médecin traitant, du médecin coordonnateur ou du SAMU grâce à qui ils seront mis en contact avec la régulation qui les orientera.

Après avoir échangé sur les actes réalisées sans prescriptions médicales, ce nouvel objectif aborde les solutions mises en place pour que ces situations ne se répètent pas. A cette question, la seconde infirmière appuie sur la mise en place de réunions synthèse, au cours desquelles l'équipe pluridisciplinaire réfléchit à des solutions pour quelques résidents, notamment des résidents qui se dégradent. Interrogé sur la mise en place de protocoles, elle répond qu'il en existe dans l'EHPAD contrairement à la première infirmière. Enfin, elle aborde une nouvelle fois la notion d'anticipation, qualité qui semble nécessaire en EHPAD dans le cas où l'état d'un résident s'altère. Elle dit que

l'équipe "essaie d'anticiper avant le week-end pour que le médecin se déplace et délivre, du coup, des prescriptions anticipés". La première infirmière fait remarquer qu'elle a "l'impression que oui, c'est vrai que c'est souvent les mêmes choses qui arrivent concernant les dégradations". En revanche elle fait également part que selon elle "il manque toujours un maillon dans la chaîne" et qu'elle n'a jamais "vu quelque chose de miracle pour pallier à ça."

Toujours dans le thème de "La prise en soin sans prescription médicale en EHPAD", la notion de dépassement de compétences est désormais abordée et le ressenti, des deux infirmières sur ce sujet, demandé. De même que leurs connaissances sur les risques encourus sont interrogées, dans cet objectif. Tout d'abord, juridiquement, la première infirmière avoue ne pas être au courant de ce qu'elle risque, elle justifie ceci : "je pense c'est parce qu'il ne m'est jamais trop rien arrivée et qu'aucune faille ne m'est retombé dessus, ni embêtement." La seconde infirmière, elle, nous dit : "on sait qu'on risque notre diplôme clairement, donc oui, je connais les risques". Elle nous explique dépasser ses compétences et nous donne un autre exemple d'acte réalisé sans prescription médicale. "Si on voit qu'un *Seresta* de dix ne suffit pas par exemple. Et bien, on va parfois redonner un autre *Seresta* dans la journée et pourtant celui-ci n'est pas prescrit.". Elle argumente son exemple, dit qu'en réalisant ceci, savoir qu'elle ne risque rien "entre guillemets" car elle connaît le traitement administré et le résident prend ce traitement quotidiennement. Cet exemple illustre une fois de plus le fait qu'une IDE peut être amenée à dépasser ses compétences, sujet sur lequel les deux professionnelles semblent se positionner similairement. Toutes les deux, disent ne pas avoir le choix de dépasser leur compétence, dénoncent également une certaine solitude des infirmières en EHPAD ; et enfin, justifient le dépassement, en faisant honneur à leurs principes et valeurs soignantes, notamment le principe de bien-être du résident. "Oui, oui je pense sincèrement que oui mais on a pas vraiment le choix, parce que [...] en fait tu es toute seule", "j'ai pas eu le choix d'attendre dans les situations urgentes, que quelqu'un vienne m'aider" (IDE I). "Alors oui, ben oui, parce qu'on va dire juridiquement parlant, on n'a pas le droit", "oui, on sait qu'on risque notre diplôme clairement, donc oui, je connais les risques, mais je ne dis pas que j'arrêtera du jour au lendemain de dépasser mes compétences parce que je sais que ce sera tout le temps en faveur du résident. Et ça, ça reste pour moi une priorité quand même dans un service d'EHPAD" (IDE II).

Pour terminer cette analyse descriptive, l'objectif suivant s'intéresse à l'impact psychologique et sur la charge mentale des infirmières de ces soins réalisés sans prescriptions médicales. L'IDE I considère que la charge mentale est davantage impactée par la charge de travail que ces situations génèrent, en particulier les prescriptions orales. Elle illustre ses propos en disant : "il faut toujours avoir en tête il y a 2 jours ce médecin là m'avait prescrit ça, est-ce qu'il a bien fait la prescription ?" La seconde infirmière par son expérience, acquiesce et confirme que sa charge mentale est impactée. Elle dit : "Si, si on culpabilise, on sait que c'est pas bien, on sait qu'on a pas le droit. Là, on est en service de gériatrie donc on sait que parfois on n'a pas le choix parce qu'on a pas de médecin sur place comme dans un service standard". L'infirmière termine en avouant banaliser ces situations de soins sans prescription médicale. Elle dit "à force, malheureusement, ça devient une routine. Mais en fait, on normalise en fait, nos décisions et nos gestes parfois."

ABSTRACT

NOM : ABRAZARD

PRÉNOM : Mathieu

TITRE : Le jugement clinique et la prise de décision de l'infirmière en EHPAD sans prescription médicale

C'est au travers de différentes situations vécues et observées en stage que j'ai souhaité m'intéresser à la manière dont l'infirmière par son jugement clinique prenait une décision sans prescription médicale lors de l'altération de l'état d'un résident en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Dans ce mémoire, J'ai choisi de m'interroger sur :

- Le fonctionnement de la prise en soin en EHPAD,
- La collaboration entre les différents professionnels de santé
- Et sur l'origine l'incidence des soins réalisés sans prescription médicale par les IDE.

Une recherche sur les concepts théoriques et interrogations amenés par ce sujet a été effectuée. J'ai ensuite réalisé deux entretiens semi-directifs auprès de deux infirmières qui travaillent en EHPAD. A l'issue de la confrontation de l'analyse des entretiens avec les apports théoriques, j'ai compris que le jugement clinique de l'infirmière était aiguisé par la grande connaissance de ses résidents. Ainsi, je me suis penché sur le processus décisionnel de l'infirmière qui dépend finalement de plusieurs critères. A l'issue de l'analyse, je constate que les infirmières sont seules en EHPAD, en manque de ressources médicales, ce qui les amènent à dépasser leurs compétences. Ainsi, je me demande désormais si les compétences et responsabilités infirmières en EHPAD ne doivent-elles pas être développées pour une meilleure prise en soin des résidents ? C'est un questionnement que j'aimerais développer dans une idée de poursuite.

TITLE : The clinical judgement and decision making of the nurse in EHPAD without medical prescription

It is through different situations experienced and observed during my internship that I wanted to look at the way in which the nurse, through her clinical judgement, made a decision without a medical prescription when the condition of a resident in an institution for dependent elderly people (EHPAD) deteriorated. In this dissertation, I chose to study :

- How care in an EHPAD works,
- The collaboration between the different health professionals
- The origin and incidence of care provided without a medical prescription by nurses.

I researched the theoretical concepts and issues raised by this topic. I then conducted two semi-directive interviews with two nurses working in the EHPAD. After comparing the analysis of the interviews with the theoretical contributions, I realised that the nurse's clinical judgement was sharpened by her extensive knowledge of her residents. I therefore looked at the nurse's decision-making process, which ultimately depends on several criteria. At the end of the analysis, I found that the nurses were alone in the EHPAD and lacked medical resources, which led them to go beyond their competence. Therefore, I wonder whether the skills and responsibilities of nurses in nursing homes should not be developed to better care for the residents? This is a question that I would like to develop in an idea of further work.

MOTS CLES : EHPAD, Infirmière, Altération de la santé, Jugement clinique, Médecin

MOTS CLES : EHPAD, Nurse, Altered health, Clinical judgement, Doctor

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2020-2023