



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

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'ANALYSE CLINIQUE INFIRMIÈRE AU SEIN DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE

Formateur référent mémoire : Mélanie NICOLIC-JOSSET

Brun Hubert Maël
Formation infirmière
Mai 2024



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 Infirmier
Travaux de fin d'études :
L'analyse clinique infirmière au sein de l'hospitalisation à domicile

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 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 4 mai 2024

Brun Hubert Mael

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.

Institut de Formation en Soins Infirmiers, CHU de Rennes

DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER

Session Mai 2024

Mémoire d'initiation à la recherche en sciences infirmières

L'ANALYSE CLINIQUE INFIRMIERE AU SEIN DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE



BRUN HUBERT Maël

Élève infirmier

Promotion 2021-2024

Référent de mémoire : Mélanie NICOLIC-JOSSET

Remerciements,

*Un grand merci, à ma formatrice et référente de mémoire Mélanie NICOLIC JOSSET
qui a eu la patience de m'aiguiller et de me réaiguiller
tout au long de mon cheminement vers l'élaboration de ce travail.*

*Je tiens aussi à remercier tout particulièrement ma formatrice référente pédagogique, qui m'a suivi,
guidé, soutenu et motivé durant ces trois années de formations : Lisa DJADAOUJEE,*

*Mais aussi à l'ensemble de l'équipe pédagogique pour leur grande bienveillance, la qualité de leurs
enseignements théoriques et leurs formations pratiques tout au long de cette formation.*

*Je voudrais également remercier ..., pour leur collaboration et le temps
accordé lors des entretiens exploratoires, sans qui ce projet n'aurait pu aboutir.*

*Merci à mes camarades de promotion, Cassy, Léa et Marc notamment, pour leur accueil dans cette
nouvelle ville et pour leurs encouragements dans la réalisation de ce travail de fin d'étude.*

*Merci à Yann, infirmier dans le service de médecine physique et réadaptation, qui a su me
transmettre la passion de ce métier. Sans lui je n'en serais peut-être pas là aujourd'hui.*

*Merci à mes colocataires, Esther et Loris, d'avoir été là dans les moments de doute
et de m'avoir épaulé.*

*Enfin, je souhaite exprimer ma gratitude et mon plus grand amour pour mes proches
qui m'ont toujours soutenu et m'ont aidé à garder confiance en moi malgré les difficultés rencontrées.*

Citations :

"L'observation est un art qui doit être développé par chaque infirmière pour devenir une source fiable d'informations cliniques."

Virginia A. Henderson, infirmière, enseignante et chercheuse (1897 – 1996)

"L'infirmière au chevet du patient est le lien vital entre la théorie médicale et la réalité humaine."

Joyce Travelbee, infirmière et auteur (1936 – 1973)

"Le chevet du patient est le lieu où l'infirmière peut exercer pleinement son art, en utilisant toutes ses compétences pour évaluer, surveiller et répondre aux besoins du patient."

Patricia Sawyer Benner, infirmière, universitaire, théoricienne en soins infirmiers (1942 – 1982)

"L'analyse clinique infirmière au chevet du patient nécessite une combinaison d'expertise clinique, d'empathie et d'une compréhension profonde des besoins individuels du patient."

Dorothea Orem, infirmière et théoricienne en soins infirmiers (1914 – 2007)

« Laissez parler votre patient et écoutez-le attentivement, il tente de vous livrer les clés de son diagnostic »

Carl Gustav Jung, médecin psychiatre, auteur et fondateur de la psychologie analytique (1875 – 1961)

1	INTRODUCTION.....	1
1.1	Mon parcours universitaire antérieur.....	2
1.2	Ma découverte des sciences infirmières	3
1.3	Mon questionnaire initial.....	6
1.4	Les situations d'appel rencontrées	7
1.4.1	Le choix du contexte	7
1.4.2	La situation professionnelle d'appel choisie.....	8
1.5	Émergence de ma problématique	12
1.5.1	Mon questionnaire initial	12
1.5.2	Consolidation de ma problématique et établissement des hypothèses.....	12
2	CADRE THÉORIQUE	14
2.1	CADRE CONTEXTUEL	14
2.1.1	Le service d'hospitalisation à domicile	14
2.1.1.1	Définition.....	14
2.1.1.2	Historique	14
2.1.1.3	État des lieux national / Perspectives d'évolution.....	16
2.1.1.4	Évolution du nombre d'établissement	16
2.1.1.5	Évolution de l'activité des services d'HAD	16
2.1.1.6	Perspectives d'évolution.....	17
2.1.1.7	Organisation et spécificités.....	18
2.1.1.7.1	Définition :	18
2.1.1.7.2	Continuité des soins :	19
2.1.1.7.3	Zone géographique d'intervention :	19
2.1.1.7.4	Les systèmes d'information :	19
2.1.1.7.5	Les différents acteurs	20
2.1.1.7.6	Rôles de ces acteurs	21
2.1.1.7.7	Le projet de soin :	22
2.1.1.8	Statut juridique, administration et direction	22
2.1.1.8.1	Statut juridique et financement	22
2.1.1.9	Les indications.....	22
2.1.1.10	La place des transmissions	22
2.1.1.10.1	Supports de communication.....	22
2.1.1.10.2	Objectifs des transmissions :	23
2.1.1.11	Les formations continues assurées par ses services.....	24
2.2	CADRE CONCEPTUEL.....	25
2.2.1	Le prendre en soin	25
2.2.1.1	Le soin	25
2.2.1.2	Du soin vers le prendre soin, le « cure and care ».....	25
2.2.1.3	Care and Cure.....	26
2.2.2	Le projet de soin.....	28
2.2.3	Les connaissances et compétences techniques au service du prendre en soin.....	29
2.2.3.1	Leur apprentissage.....	29
2.2.3.2	L'importance de l'expérience.....	30
2.2.3.3	Les valeurs soignantes.....	30
2.2.4	Spécificités du prendre en soin à domicile.....	32
2.2.5	Prise en soin partagée	32

2.2.6	L'analyse clinique infirmière	34
2.2.6.1	Définition.....	34
2.2.6.2	Étapes :	35
2.2.6.3	Objectifs :	35
2.2.6.4	Le sens du soin	36
2.2.6.5	Les démarches - les approches inductive et hypothético-déductive.....	36
2.2.6.6	Diagnostics infirmiers.....	37
2.2.6.7	Les différentes taxonomies.....	38
2.2.6.8	Les freins et les leviers d'une démarche clinique efficace/pertinente/partagée	39
2.2.7	La collaboration médecin/infirmier	40
2.2.7.1	La collaboration médecin/IDE.....	40
2.2.8	Spécificités de la collaboration sein des services d'HAD	42
2.2.8.1	La pluridisciplinarité.....	42
2.2.8.1.1	Définition générale :	42
2.2.8.1.2	La pluridisciplinarité appliquée au secteur de la santé	43
2.2.8.2	L'interprofessionnalité.....	44
2.2.8.2.1	Définition générale.....	44
2.2.8.2.2	L'interprofessionnalité dans le secteur de la santé	45
2.2.8.3	La coordination en vue de la prise en soin pluridisciplinaire	46
2.2.9	La relation médecin/IDE	46
2.2.9.1	La communication en vue de l'amélioration de la prise en charge	46
2.2.9.2	Les précurseurs d'erreurs.....	49
2.2.9.3	La relation de confiance	50
2.2.9.4	L'autonomie.....	53
2.2.9.5	La responsabilité partagée	54
3	MÉTHODOLOGIE	58
3.1	Phase exploratoire	58
3.2	Choix des outils	58
3.3	Choix des acteurs interrogés	59
3.4	Déroulement des entretiens	59
4	ANALYSE DES ENTRETIENS IDE	61
4.1	Parcours/profils des infirmières interrogées	61
4.1.1	Motivations.....	61
4.2	Le prendre en soin	62
4.2.1	Définitions rapportées :	62
4.2.2	La place ... :.....	63
4.2.2.1	Des connaissances et des compétences techniques :	63
4.2.2.2	Du relationnel :	64
4.2.3	L'importance des valeurs soignantes :.....	64
4.2.4	Les spécificités rapportées du prendre en soin à domicile :.....	67
4.2.4.1	La place de l'entourage :	67
4.2.4.2	L'importance de l'anticipation	68
4.2.4.3	Le ressenti de l'autonomie :.....	68
4.2.4.4	La prise en soin partagée :	69
4.2.4.5	La place du suivi :	71

4.3	L'analyse clinique infirmière :	72
4.3.1	La place et spécificités de l'interrogatoire :	72
4.3.2	L'examen clinique confronté à une expérience acquise :	72
4.3.3	Réflexivité, jugement clinique et sens du soin :	73
4.3.3.1	Le choix dans la mise en place des actions soignantes :	73
4.3.3.2	La réflexion quant au sens du soin :	74
4.3.4	Les freins et leviers de l'analyse clinique infirmière :	75
4.3.4.1	Les freins :	75
4.3.4.2	Les leviers :	76
4.4	La coopération rendue possible par l'organisation et la coordination au sein de l'HAD :	77
4.4.1	Les formations en interne :	77
4.4.2	Organisation de la coopération au sein du service :	77
4.4.3	Transmissions :	79
4.4.3.1	Écrites numériques :	79
4.4.3.2	Réunion de transmissions :	80
4.4.3.3	Transmissions à distance dans le cadre d'un problème de santé :	81
4.4.3.3.1	Astreintes médicales :	81
4.4.4	La communication médecin/IDE :	82
4.4.4.1	Les circonstances d'appel :	82
4.4.4.2	Standardisation des communications :	82
4.4.4.3	Réponses et résultats obtenus par ces appels :	83
4.4.5	La relation de confiance médecin/IDE :	83
4.4.5.1	Freins et leviers de cette relation de confiance et de collaboration :	84
4.4.5.1.1	Disponibilité et fiabilité :	84
4.4.5.1.2	Compréhension réciproque :	84
4.4.5.1.3	Reconnaissance mutuelle de légitimité :	85
4.4.5.1.4	Résolution constructive des « problèmes ou désaccords » :	85
4.4.5.1.5	Connaissance mutuelle et expériences partagées :	87
4.4.5.1.6	Responsabilité partagée :	88
5	DISCUSSION :	89
6	CONCLUSION :	93
6.1	Réflexions personnelles :	93
6.2	Projections professionnelles :	94
7	BIBLIOGRAPHIE :	95
7.1	Livres :	95
7.2	Articles :	95
7.3	Textes officiels :	96
7.4	Documents électroniques :	96
7.5	Autres documents :	98
8	ANNEXES :	99

GLOSSAIRE

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSP : Code de Santé Publique

DPI : Dossier Patient Informatisé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FNEHAD : Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation À Domicile

GHPC : Groupe Homogène de Prise en Charge

GHT : Groupe Homogène de Tarifs

HAD : Hospitalisation À Domicile (par extension : service d'HAD)

IDE : Infirmier.e Diplômé.e d'État

IDEL : Infirmière Diplômée d'État Libérale

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmier

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

ODMCO : Objectif national des Dépenses de santé en Médecine, Chirurgie, Obstétrique

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PPS : Plan Personnalisé de Santé

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

SMR : Soins Médicaux et Réadaptation, anciennement SSR (Soins de Suite et Réadaptation)

SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile

T2A : Tarification à l'Activité ou à l'Acte

1 INTRODUCTION

Ce travail de recherche vient clore ces trois années de formation initiale en soins infirmiers et aux sciences infirmières. Trois années passionnantes qui m'ont permis d'avoir un regard nouveau sur le domaine de la santé et surtout celui du prendre en soin.

Venant d'un parcours universitaire en école de médecine, cette réorientation m'a donné l'opportunité de découvrir les soins infirmiers. Au cours de ces trois années, les formateurs et les professionnels de terrain que j'ai eu la chance de rencontrer, m'ont permis d'observer et de comprendre toute la richesse et toutes les particularités de ce métier au plus proche des patients.

Pour autant, ces formations médicale et infirmière m'ont souvent amené à m'interroger quant à leurs différences et à ce qui les relie. Deux formations avec deux approches différentes aboutissant à des compétences multiples et pourtant complémentaires. Mais à quel point complémentaire ?

D'un point de vue professionnel ma formation m'a permis de mieux appréhender la place de chacune de ces professions au sein de l'équipe de soin, mais mon questionnement s'est reporté sur le positionnement infirmier vis-à-vis du corps médical, la dynamique relationnelle qui lie l'infirmier au médecin avec lequel il collabore. Comment collaborer au mieux pour améliorer la prise en charge pluriprofessionnelle du patient ? Ces comparaisons, cette recherche de points communs et de divergence ont pris une place importante dans ma réflexion.

Ces interrogations m'ont suivies tout au long de ces trois années de formation et c'est donc tout naturellement, ou instinctivement, que j'y consacre ce travail de MIRSI.

Nous ne pouvons pas parler des relations du binôme médecin-infirmière sans évoquer Florence Nightingale, infirmière britannique, née à Florence en 1820. Elle est en effet considérée comme l'une des fondatrices de la profession infirmière moderne. Accompagnée par d'autres pionnières, qui lui sont contemporaines, elles ont permis le développement de la profession infirmière au cours du 19^{ème} siècle. C'est souvent à des moments tragiques de l'Histoire que les sciences évoluent et c'est durant la guerre de Crimée, celle de 1853-1856, que F. Nightingale et son équipe d'infirmières ont révolutionné les pratiques de soins. Elles ont considérablement réduit le taux de mortalité parmi les soldats blessés en mettant en place des mesures d'hygiène, de nutrition et d'organisation. Cette expérience a mis en lumière toute l'importance de la collaboration entre médecins et infirmières pour assurer des soins de qualité et obtenir des résultats plus efficaces. Ainsi, en 1860, F. Nightingale ouvre la toute première École de Formation des Infirmières à l'hôpital Saint-Thomas de Londres, posant ainsi une première pierre à l'édifice de l'éducation et de la formation spécialisée en sciences infirmières.

Cette école servira ensuite de modèle pour d'autres établissements de formation infirmière à travers le monde.

L'influence de F. Nightingale et de ses contemporaines a donc contribué à transformer la perception de la profession infirmière. D'un rôle jusqu'ici subalterne de garde malade, la profession d'infirmière devient respectée et sa place est essentielle au sein du système de santé. Cette évolution a très clairement

renforcé la collaboration entre les médecins et les infirmières et la reconnaissance de la complémentarité de leurs compétences dans la prise en charge des patients.

Si les bases historiques de la relation entre le médecin et l'infirmière sont ici rapidement esquissées, qu'en est-il aujourd'hui ? C'est cette vaste question qui a orienté mes réflexions quant au choix de mon sujet de MIRSI. Le sujet étant trop large, il a fallu préciser l'objet de mes investigations.

C'est à l'occasion d'un stage dans un service d'hospitalisation à domicile (HAD) que mon questionnement s'est précisé.

Dans cet exercice particulier de la prise en soin à domicile, la collaboration du binôme IDE-médecin semble particulièrement importante. L'IDE, au chevet du patient devient l'organe de perception du médecin devant juger de la situation à distance.

Comment se déroule l'analyse clinique infirmière au domicile du patient ? Quelles sont les attentes du médecin au sujet de l'examen clinique transmis à distance ? Cet examen est-t-il différent des autres lieux d'exercice ? Comment se fait la communication au sein du binôme médecin/IDE ? quelle est la place du jugement clinique infirmier ? Quels sont les freins et les facteurs favorisant la relation humaine et professionnelle au sein de ce binôme médecin/IDE ?

Dans ce travail, je commence par vous présenter mon parcours universitaire, point de départ m'ayant poussé à m'investir dans ce sujet de recherche, à questionner mon propre positionnement et ma pratique future. Ensuite je vous expose une situation rencontrée en stage et illustrant le sujet de mon étude pour développer et nuancer mes interrogations et finalement en tirer une grande question de départ. Pour tenter d'y répondre nous dresserons alors le cadre théorique en contextualisant le service d'Hospitalisation à Domicile, avant d'aborder la notion de prendre en soin et du projet de soin construit autour du patient dans le contexte particulier d'HAD, ensuite celle de l'analyse clinique infirmière. Enfin, nous conceptualiserons la relation IDE/médecin, pilier d'une collaboration réussie.

La seconde partie de ce travail de recherche est consacrée à l'étude de terrain, menée à partir de trois entretiens IDE travaillant dans un service HAD. La partie suivante de ce travail traite de l'analyse de leurs réponses qui lors de la discussion permet de répondre à la question de départ avant de conclure ce travail de recherche en esquissant des pistes de réflexion quant à ma propre projection en tant que futur professionnel de santé.

1.1 Mon parcours universitaire antérieur

C'est au cours de mes années de lycée que j'ai rencontré des professeurs m'ayant réellement donné goût aux sciences. Le partage de leur propre passion fut pour moi une révélation. Mon intérêt pour la physique-chimie et la biologie m'a amené, après mon baccalauréat général, à vouloir faire une carrière scientifique. Souhaitant aussi un métier me permettant d'aller vers les autres et d'établir auprès d'eux une relation d'aide, j'ai pris la décision d'intégrer la faculté de médecine.

En parallèle, j'ai également pu travailler dans l'éducation nationale en collège durant quelques années, où m'ont été confié des classes de soutien scolaire dans les matières scientifiques. C'est à ce moment-là que j'ai pris conscience qu'enseigner, être capable de transmettre son savoir et ses connaissances, était en réalité une science en elle-même. Je n'y étais pas préparé.

Ces études en médecine se sont avérées passionnantes mais l'abondance des connaissances théoriques à engranger a été difficile, avec un enseignement magistral tout à fait descendant. Nos professeurs, les sachants, nos livres, ces référentiels de conclusions écrits par les collègues des enseignants de chaque spécialité, tentaient de nous apporter un savoir que nous, étudiants, devions essayer d'emmagasiner et d'apprendre par cœur. Des centaines voire des milliers de tableaux et de boîtes à tiroirs, remplis de symptômes, de signes cliniques et biologiques, de résultats d'examens, de syndromes et d'arbres décisionnels. Dans ces études, les sciences humaines, comme je le découvrirais plus tard n'étaient que secondaires ou du moins loin de tout ce qu'elles pouvaient avoir à offrir. J'ai eu des moments de découragement mais j'ai continué dans cette filière. C'est grâce aux nombreux stages que j'ai pu accomplir, que j'ai réellement découvert la relation d'aide, la relation à l'autre, que je cherchais.

Très vite j'ai réalisé que le monde infirmier ne semblait pas avoir la même approche dans sa relation avec le patient. Alors externe en médecine, je m'épanouissais davantage auprès de nos collègues infirmiers qu'auprès de mes confrères externes, internes ou de mes chefs médecins. Bien sûr tous ces professionnels partagent la même passion d'aider l'autre ; mais j'avais le sentiment qu'il existait de nombreuses différences entre le monde médical et le monde infirmier.

En 2020, dans le contexte particulier de la 1^{ère} vague de covid-19 dans l'Est de la France (ma région d'origine), au cours d'un stage en pneumologie où les relations soignants-soignés-familles des patients ont été mises à rude épreuve, j'ai interrompu ce cursus. C'était la fin de ma 6^{ème} année d'études.

1.2 Ma découverte des sciences infirmières

En emménageant dans l'Ouest, je me suis d'abord adressé à l'hôpital le plus proche de chez moi puis à l'ARS, du fait que les étudiants en médecine peuvent prétendre au droit d'exercice du métier d'infirmier dès le début de leur 4^{ème} année d'étude. Cela m'a permis d'accepter un poste d'infirmier remplaçant sous le statut de « *faisant fonction d'IDE* ».

Cependant, l'ordre des infirmiers défend à juste titre le principe selon lequel ces carrières sont différentes. Entre 2016 et 2019, la possibilité de cette passerelle a évolué de la validation à partir de la 5^{ème} année à son abrogation sans qu'aucune autorisation soit remise en place de façon claire pour le moment. Peut-être que l'universitarisation en cours des études d'infirmiers viendra encore faire évoluer ce dispositif voire le simplifier. J'intègre donc un service d'UMG en tant que « *faisant fonction d'infirmier* », avec un doublage de 3 jours. J'ai dû m'adapter très vite, en y repensant aujourd'hui, c'était tout à fait incroyable comme transition. Même si j'ai souvent partagé du temps et appris un certain nombre de gestes techniques auprès des équipes infirmières que j'avais pu croiser au cours de mes stages en médecine, ce n'est qu'une fois en poste et en responsabilité que j'ai réellement mesuré à quel point

les missions et les attentes de l'équipe médico-soignante envers une infirmière étaient complètement différentes de ce que j'avais connu jusqu'alors. Ce n'est que grâce à la bienveillance des équipes soignantes de ce service que j'ai pu m'en sortir. Je suis resté dans ce service sur un remplacement de 6 mois. Sur ce poste, j'ai eu la chance de rencontrer des équipes de soins soudées et accueillantes, de découvrir un réel travail d'équipe avec une collaboration efficace et efficiente, un métier au plus proche du patient avec une prise en soin globale et où la relation soignant-soigné avait toute sa place.

Tous ces éléments m'ont aidé à poursuivre mon cheminement de réorientation et me conforter dans mes choix de carrières : Je veux être infirmier. J'ai donc fait ma demande d'intégration à l'IFSI du CHU de Rennes. Dans ce parcours atypique, j'ai conservé mon autorisation de « faire fonction d'infirmier » tout au long de ma nouvelle formation.

Durant cette période de transition professionnelle, comme j'ai commencé à l'évoquer, j'ai pu constater à quel point les approches du patient, les raisonnements autour de ses problèmes de santé et plus globalement les prises en soin de façon générale m'ont semblé très différentes de ce que j'ai appris au cours de mon cursus médical. Tout au long de cette formation en IFSI, j'ai pu découvrir certaines des clés qui aboutissent à ces résultats différents.

En résumé, les points communs entre ces deux façons de préparer les étudiants à devenir de futurs professionnels de santé sont bien moins nombreux que leurs différences. Je ne dirais pas qu'au sein de ces deux filières de formation tout s'oppose, mais plutôt que ce sont des mondes, des façons d'aborder le soin et même des philosophies du soin qui présentent des différences fondamentales.

Malgré de nombreuses années passées dans ce cursus d'études médicales, il m'a fallu attendre d'entrer en 1^{ère} année d'IFSI pour entendre parler de soins relationnels.

Je choisis de prendre cet exemple car il est révélateur de l'importance qu'accordent les sciences infirmières aux sciences humaines et sociales par rapport au monde médical. Pour illustrer cet exemple, je tiens à citer le conseil d'un professeur de médecine qui nous disait : « *N'écoutez jamais vos patients, soit ils n'ont rien compris à ce qui leur arrive, soit ils minimisent ou ont peur de ce qu'ils pensent avoir compris ou alors, ils vous mentent tout simplement* ». Ce discours paraît assez révélateur de la position qu'avait le corps médical enseignant de ma faculté lors de ma formation. Sans tomber dans l'écueil du caricatural de cette citation, que je me garde d'analyser ici, il faut bien avouer que la posture médicale alors enseignée, consistait à n'avoir confiance qu'en nous-même et en des preuves concrètes et irréfutables.

Si les études médicales que j'ai connues avaient comme objectif d'amener chacun à acquérir les mêmes compétences individuelles, standardisées, la filière infirmière mise sur le soutien des spécificités de chacun en vue de préparer les étudiants à un futur travail de groupe partageant des valeurs communes : solidarité, collaboration, partage des missions, encadrement...

Bien sûr une partie du programme dispensé par ces deux filières est identique. Les sciences que l'on appellera plutôt théoriques sont abordées de la même façon : l'anatomie, la physiologie, la pharmacologie et le passage en revue des grandes spécialités (néphrologie, psychiatrie, cancérologie...). Mais les approches pédagogiques de ces deux filières sont bien distinctes.

D'abord la démarche diagnostique aboutit à des conclusions différentes, intégrant ici la séparation entre les diagnostics médicaux et les diagnostics infirmiers. Ensuite comme expliqué plus tôt, des matières telles que les soins relationnels sont pour ainsi dire complètement absentes du cursus médical. Dans les faits, cela signifie donc qu'à aucun moment des études médicales n'est abordée l'art et la façon d'aller vers l'autre. Chaque futur médecin devait le découvrir par lui-même, l'assimiler sur le terrain, très souvent donc par mimétisme de ce qu'il pouvait observer de la part de ses confrères ou de ses chefs médecins. C'est seulement au second semestre de la 3^{ème} année d'étude que chaque étudiant découvre, en se confrontant en stage au patient, que ces études mènent à un métier qui comporte finalement un volet relationnel. Nombreux sont ceux qui sont alors déstabilisés par cette réalité.

Aller vers, rencontrer des patients, échanger, communiquer, mais aussi apprendre à s'adresser à tout autres personnes que nous étions susceptibles de croiser dans ce cadre professionnel, notamment l'un de nos premiers interlocuteurs : notre collègue infirmier, tout ceci devait s'inscrire dans une démarche personnelle qui ne serait pas abordée en cours.

D'ailleurs, d'un point de vue pédagogique, là où les enseignements ne se tenaient presque qu'exclusivement sous forme de cours magistraux en études de médecine, l'IFSI propose quant à elle une majorité d'enseignements sous forme de travaux dirigés, avec la remobilisation en petits groupes d'étudiants des notions évoquées en cours magistraux. Cette dernière forme d'étude favorise la création et l'entretien, tout au long du cursus, d'une réelle cohésion entre les étudiants de la promotion.

Ils se retrouvent en petits groupes de travail, s'entraîdant et collaborant en vue d'une meilleure compréhension et d'une assimilation commune des savoirs par la participation active de l'ensemble des apprenants. En tout point, la structure de ces études infirmières semble être pensée pour favoriser la relation à l'autre et la communication.

Ces points importants, que l'on pourrait dire essentiels, se retrouvent ensuite sur le terrain. Les équipes d'infirmiers que j'ai eu la chance de rencontrer durant ces études m'ont toujours paru majoritairement soudées et travaillant en bonne intelligence dans un esprit de collaboration. Il n'existe aucune forme de compétition, ni de hiérarchisation, en tout cas je ne les ai jamais perçues comme ce que j'avais pu connaître en médecine. Des contenus de cursus et des approches pédagogiques différents forment des professionnels soignants différents.

Ces différences sont plus ou moins perceptibles sur le terrain car elles dépendent évidemment du caractère individuel de chaque professionnel, certains ayant plus de capacités relationnelles que d'autre, que ce soit inné ou issu d'un travail personnel après avoir pris conscience de leur importance au sein de nos professions.

La frontière entre le monde médical et infirmier n'en reste pas moins perceptible elle aussi. Consciemment ou inconsciemment, ces différences sont ressenties par de nombreux acteurs que j'ai pu croiser au cours de mon parcours.

Par exemple, en intégrant l'IFSI j'ai eu l'opportunité de rencontrer l'un des directeurs de cette formation. Lorsque je lui ai fait part de ce que j'avais connu par le passé et après avoir entendu les raisons de ma volonté d'intégrer cette nouvelle formation, il me confia ses inquiétudes.

En résumé son conseil était le suivant : *« Si j'étais dans votre position je pense que je garderai pour moi l'historique de ma formation antérieure. Mettre au courant les professionnels infirmiers qui vous encadreront sur le terrain au sujet du niveau d'études que vous avez fait en médecine pourrait être un handicap pour vous. Certains infirmiers pourraient être intimidés, d'autres n'oseront pas aborder certains sujets ou vous proposer certains enseignements par crainte de ne pas maîtriser suffisamment le sujet eux-mêmes. »*

1.3 Mon questionnement initial

Je pense donc que le questionnement qui nous guidera tout au long de ce mémoire est en fait né très tôt dans mon parcours.

Il date d'abord de cette époque où je me suis retrouvé devant une classe de 5^{ème} sans vraiment savoir comment aborder les choses et leur transmettre ce que je pensais savoir.

Ensuite durant ces études médicales : je m'interrogeais et souhaitais comprendre pourquoi il pouvait exister de telles différences d'un étudiant à l'autre, d'un corps de métier de soignant à l'autre, d'un médecin à l'autre ?

Pourquoi certains médecins se prévalant, à juste titre, d'être des sachants, instaurent un rapport de verticalité aussi bien envers leurs étudiants qu'envers les équipes de soin avec lesquelles ils travaillent, voire même parfois envers leurs patients.

Notons toutefois que j'ai aussi pu constater que ce rapport vertical de « domination », était parfois très présent envers le reste des soignants ou des étudiants mais en réalité tout à fait absent quand ce médecin s'adressait aux patients ; certains médecins étant alors très durs envers leurs équipes mais doux et attentifs envers leurs patients.

Pourquoi, à formation théorique cette fois similaires, d'autres médecins instituaient un rapport d'égal à égal avec les membres de leurs équipes de soin ?

Par là même, je m'interrogeais : quelles étaient les équipes de soins qui « fonctionnaient » le mieux, celles où les rapports avec le corps médical étaient plutôt rigides étaient-elles plus efficaces car les « ordres » étaient plus clairs ou n'étaient jamais remis en question ?

Ou alors, comme je le soupçonnais ces « techniques de management » d'équipe étaient-elles délétères pour la bonne collaboration des différents acteurs ? par leur rigidité n'y avait-il pas de mise en danger de la capacité commune du service à s'adapter aux changements ? aux imprévus ? à l'innovation ? Pour recentrer ces propos sur la prise en soin des patients, l'équipe de soin et notamment les infirmiers étaient-ils en mesure de faire valoir leur point de vue professionnel ? d'exercer leur rôle propre et de travailler en bonne collaboration face à un médecin qui leur laissait peu de place pour s'exprimer ? D'ailleurs ces « techniques de management » sont-elles réellement réfléchies ? consciemment mises en place par le médecin ? Y-a-t-il des éléments qui les soutiennent ? qui les imposent ? Au cours de cette formation infirmière et de façon pratique, ce qui nous intéressera davantage encore au cours de ce mémoire : comment créer et soutenir une relation fiable et une communication efficace avec notre interlocuteur médical en vue de pouvoir prendre en soin ensemble les patients en bonne collaboration et de façon efficiente ? Quels sont les freins et les leviers d'une telle relation interdisciplinaire ?

1.4 Les situations d'appel rencontrées

1.4.1 Le choix du contexte

Il s'agit donc d'interroger, d'un point de vue infirmier, la relation de collaboration avec le médecin. Cette relation est évidemment importante dans tous les contextes de soins. Importante mais présentant peut-être un certain nombre de différences d'un contexte à l'autre ?

Étant donné que je ne pourrais pas étudier dans ce mémoire l'ensemble de ces contextes et des subtilités qui s'y rapportent, il m'a paru important de recentrer mes recherches sur un seul lieu.

Cela étant dit, dresser une liste de lieux d'exercice et m'intéresser à repérer des points communs ou des différences concernant ce sujet de relation IDE/médecin pourrait être intéressant. Ce pourrait être l'objet de recherches complémentaires que j'entreprendrai peut-être.

Mon hypothèse est que l'exercice à domicile du métier d'infirmier a peut-être pour avantage, dans la recherche que j'entreprends ici, de souligner le rôle clé de cette relation infirmier/médecin dans le prendre en soin des patients.

En effet, étant très souvent seul au domicile du patient, l'IDE travaille dans une certaine forme d'autonomie. La pertinence de son analyse clinique et sa capacité à pouvoir la transmettre au médecin qui suit ce patient à distance, prend toute son importance. Cette distance met peut-être cette relation IDE/médecin encore plus à l'épreuve que ce ne serait le cas dans un service hospitalier où la communication est parfois plus facile ou plus fréquente et où la distance physique n'est pas un réel obstacle à la visite en personne du médecin au chevet du malade si nécessaire.

Je choisis donc les soins à domicile d'abord parce que ce lieu d'exercice pourrait faire apparaître des situations particulières, plus « paroxystiques » au regard de la relation entre le monde infirmier et le monde médical que ne le feraient d'autres secteurs de soin. J'espère ainsi que ce lieu d'exercice aura l'avantage de mettre plus en avant encore d'éventuelles réponses ou pistes de réponses à mes

questionnements. Aussi, d'un point de vue plus personnel cette fois, je fais ce choix car les services d'HAD s'inscrivent dans ma projection professionnelle et sont un lieu où j'ai l'espoir de commencer ma carrière.

1.4.2 La situation professionnelle d'appel choisie

J'ai eu l'opportunité de découvrir un service d'HAD lors de mon cinquième stage infirmier, en début de 3^{ème} année. Il s'agit d'un stage de 10 semaines, ce qui m'a donné la chance de me familiariser avec le fonctionnement de cette structure mais aussi de pouvoir découvrir, en plus du poste d'infirmier dit « de chevet » (se rendant aux domiciles des patients), d'autres postes que peuvent occuper des IDE dans cette organisation des soins. Lors de ma 3^{ème} semaine de stage, je suis depuis 2 semaines une infirmière qui est aussi ma tutrice, nous occupons le poste d'infirmier de chevet et nous avons donc une tournée de patients à qui nous devons rendre visite ce jour-là.

Il faut savoir qu'en dehors des situations inattendues, les tournées des infirmiers de chevet sont planifiées en amont, la plupart du temps la veille, par l'équipe d'infirmiers coordinateurs.

Les urgences éventuelles venant s'ajouter au planning instauré au moment de leurs survenues.

Le service d'HAD fournit un téléphone professionnel à tous ses employés sur lequel est disponible le logiciel de programmation des missions et plateforme de partage des informations médicales, commun à tous les intervenants soignants. L'IDE de chevet peut donc prendre connaissance de la tournée qui sera la sienne, la veille au soir ou, plus fréquemment, le matin de sa journée.

Avant de partir en mission, l'IDE de chevet passe ensuite au bureau des infirmiers coordinateurs qui ont planifié cette tournée pour revoir ensemble plus en détails les soins programmés ou les consignes particulières inhérentes aux personnes qu'il s'apprête à prendre en soin.

Ce matin-là, après avoir pris connaissance de notre tournée, nous sommes donc passés au bureau de coordination afin de discuter d'une des visites qui nous attendait.

Il s'agissait d'une patiente de 93 ans, récemment entrée dans le service pour prise en charge palliative dans un contexte de dégradation de son état général.

La patiente que nous nous apprêtions à rencontrer avait donc rencontré son médecin généraliste plusieurs jours auparavant, il avait posé l'indication de la prise en soins palliatifs préalablement instaurée d'un commun accord avec nos équipes d'HAD il y a plusieurs semaines.

Les suivis journaliers de la patiente, que ce soit par les passages d'aides-soignants ou d'IDE libérales nous permettaient d'appréhender l'évolution clinique de cette patiente au cours des dernières semaines. De même, les transmissions écrites, de l'avant-veille de notre propre passage, des dernières infirmières de l'HAD indiquaient :

« Face à la dégradation de l'état général de la patiente et à la demande du médecin traitant, une prise en charge palliative par le service d'HAD a été décidée. La préadmission été faite.

Les douleurs, en lien avec ses antécédents de cancer métastasé et jusqu'à présent assez bien tolérées sous antalgiques palier 2 sont devenues plus réfractaires ; ce qui justifie la mise en place d'un traitement par oxycodone délivré par PCA. Traitement initié le ... et bien toléré»

« Ce même jour, un traitement par Midazolam en PCA a été débuté et la patiente semble plus apaisée »

Notre visite ce matin-là consisterait donc, en résumé, à effectuer une surveillance du bon fonctionnement des PCA, de l'efficacité et de la bonne tolérance des traitements initiés depuis plusieurs jours. Le bureau de soin nous explique qu'une transmission orale n'avait pas encore été ajoutée au dossier, elle lui avait été confiée par l'IDE de chevet du secteur ayant travaillé cette nuit :

« On a été appelé hier soir par le mari qui trouvait que son épouse toussait un peu. »

L'IDE de cette nuit est allée voir, la toux était minime, et n'a pas trouvé de signes inflammatoires, les constantes étaient bonnes et sans fièvre ».

En arrivant au domicile de la patiente, nous avons été accueillis par le mari de la dame et une infirmière libérale en visite à ce moment-là.

Le mari nous fait part de ses inquiétudes face aux difficultés respiratoires de son épouse. L'IDE libérale nous dit qu'elle a constaté un début d'encombrement bronchique la veille au matin lorsqu'elle est venue changer la perfusion d'hydratation, perfusion qu'elle venait d'ailleurs de renouveler. Par ailleurs elle venait de vidanger la poche de la sonde urinaire de la patiente.

La patiente apyrétique, est effectivement polyénique à 20 cycles/min. Elle ne présente pas de signe clinique de détresse respiratoire aiguë, mais elle présente une dyspnée franche avec toux et râles crépitants audibles à l'oreille.

Elle est endormie et non réveillable depuis 2 jours, le score de Rudkin (échelle utilisée pour la surveillance des patients sous Midazolam) restait donc inchangé par rapport à la veille (5/5).

D'un point de vue de la douleur et dans ce cas précis d'une patiente non interrogeable car sédaturée, le protocole de la HAD nous invite à réaliser une hétéroévaluation des douleurs grâce à l'échelle Algoplus. Avec les différents items de cette échelle nous évaluons un score de 2/5, avec des froncements de sourcils et quelques gémissements inconstants, volontiers au cours des efforts de toux. Ce score nous invite à nous assurer que la dose basale des opioïdes est suffisante en étudiant plus en détails le rapport entre nombre de bolus délivrés et le nombre de bolus demandés. (Ceux que le mari avait voulu donner au regard de l'inconfort ressenti de son épouse).

Ce rapport était correct (1/1) et le nombre de bolus (demandés/délivrés) s'approchait du nombre maximal prescrit mais sans l'atteindre. Il restait donc une certaine marge de manœuvre.

Dans cette situation nous aurions eu tendance à mettre en place un antalgique supplémentaire (Perfalgan IV) pour obtenir une synergie d'action avec l'oxycodone puis attendre de réévaluer l'efficacité à distance avant de faire appel au médecin de l'HAD afin de réévaluer ensemble la nécessité

de modifier le dosage du palier 3. La prescription préétablie nous permettait de choisir cette façon de faire.

De même, en ce qui concerne les difficultés respiratoires, une prescription « Si besoin » ici « Si encombrements bronchiques et/ou efforts de toux inefficaces » était préétablie. Il s'agissait d'une prescription de flash de Scopolamine en IVD. La priorité étant pour nous de réduire l'encombrement, nous avons choisi d'injecter une première ampoule de scopolamine. Injectée, cette molécule présente l'avantage d'avoir un court délai d'action, 15 à 30min, nous pourrions donc réévaluer nous-même son éventuelle efficacité au cours de cette visite.

En préparant la perfusion de doliprane ma tutrice me dit :

« -Tu as l'air pensif ou contrarié, qu'est-ce que tu aurais fait si tu avais été seul ?

- J'aurais appelé le médecin.

- Je pense que tu as raison, eh bien fais-le » dit-elle avec le sourire

La relation créée entre cette infirmière/formatrice et moi-même était basée sur la confiance. Durant les premiers jours elle m'avait fait découvrir le fonctionnement du service et son propre fonctionnement au cours des visites à domicile et des soins que nous avons fait ensemble. Elle était d'une grande bienveillance envers les patients, calme, douce et toujours souriante. Elle s'était intéressée à connaître mon propre parcours. Une de ses phrases préférées quand une question se posait ou un problème se présentait c'était : « Qu'est-ce que tu ferais si tu étais tout seul ? »

Après avoir entendu ma réponse, elle avait toujours la gentillesse de partir du positif en me disant qu'elle était d'accord avec moi sur tel ou tel sujet, puis elle ajoutait parfois qu'on pourrait aussi pu faire ceci, cela... Cette méthode de pédagogie présentait le double avantage de m'inviter à devenir autonome tout en renforçant ma propre confiance en moi lorsqu'elle validait mes propositions ou m'accordait qu'elle n'aurait pas fait mieux. J'ai beaucoup apprécié la rencontrer et travailler à ses côtés. Me voilà donc en train d'appeler le médecin de la permanence des soins, c'était une première pour moi. Nous n'avions que très rarement eu à appeler le médecin de l'HAD depuis mon arrivée mais ma formatrice me mis une fois de plus en confiance « je serai là pour t'aider ou reprendre la main au besoin ».

Il est vrai que j'étais un peu stressé, je savais que les médecins de permanence étaient très sollicités par ce genre d'appels, je devais être précis et clair dans mes explications et mes demandes afin de ne pas l'accaparer trop longtemps.

Après m'être présenté et avoir indiqué mon statut de stagiaire, le médecin qui décrocha m'invite à lui transmettre l'identité de la patiente afin de pouvoir consulter son dossier en parallèle. « D'accord je suis devant le dossier, quel est le problème ? »

Nous ne nous étions pas encore rencontrés en personne et il ne connaissait pas cette patiente.

Je lui fais part de notre examen clinique. Dans les situations où le temps vient à manquer et où une certaine pression peut s'installer, pour ne rien oublier il faut se recentrer sur une organisation simple.

Dans cette situation, je choisis un déroulé de la tête au pied du patient en hiérarchisant les informations à transmettre :

« Un inconfort avec quelques grimacements, un algo à 2 chez une patiente Rudkin 5, le ratio des bolus est de 1/1 avec 10 bolus sur 12h. Une dyspnée avec râles crépitants, une toux, une polypnée à 20c/min, sans signes de détresse respiratoire, sans fièvre. Une sonde urinaire en place avec une diurèse des 12h à 300cc plutôt concentrées. Des œdèmes des membres inférieurs prenant le godet.

Du coup notre questionnement : “Pour la douleur : est-ce qu’on ajoute du paracétamol ? “

“Le flash de scopolamine mis en place va-t-il être suffisant dans ce contexte, d’autant qu’on lui passe 1L de solution/24h. »

Le médecin m’arrête et me dit qu’il ne voit nulle part mention d’une hydratation sous cutanée.

Je lui explique qu’il y a une prescription du médecin traitant, que ce sont les IDE libérales qui s’en occupent, qu’il y a un cahier de suivi sur papier. Quant à l’indication, l’IDEL me dit qu’elle ne sait pas exactement, mais que la patiente était sûrement déshydratée. Les heures de pose des perfusions et les diurèses nous permettent de calculer le bilan entrées/sorties qui s’avère positif.

« Bon je vais revoir ça avec le médecin traitant, je vous rappelle, en attendant : refaites un flash de scopo »

Quelques instants plus tard, le médecin nous rappela pour nous expliquer que l’hydratation avait été temporairement maintenue par le médecin généraliste devant les inquiétudes exprimées par la famille de voir la patiente incapable de manger ou de boire.

« Bon, on arrête l’hydrat. On met en place du Lasilix en PSE. J’augmente le débit continu de l’oxycodone et du midazolam pour la soulager et aussi pour augmenter un peu la dépression respiratoire. Je vous mets toutes ces prescriptions sur MobiSoins. Je prévois la coordination, il faudra réévaluer rapidement. »

En revenant sur cet échange, ma tutrice me dit que je m’en étais très bien sorti.

« Je vois que tu n’as aucun souci pour faire des liens. J’ai bien aimé le déroulé de ton analyse clinique »

Ça a été l’occasion pour moi de lui expliquer ce qui me passait par la tête :

- l’approche appareil par appareil et le déroulé tête aux pieds.
 - le fait que j’étais satisfait de ces transmissions et de ce que cela avait pu permettre comme adaptation de prise en charge.
 - Sans même me connaître, le médecin à distance avait fait confiance en notre examen,
- D’ailleurs, cette prise de décision à distance m’impressionnait, dans n’importe quel autre service, le médecin serait probablement passé voir la patiente avant de se décider.
- Sans auscultation (et évidemment sans radio) il avait conclu en des œdèmes pulmonaires.
 - Bien sûr sans prise de sang ni échographie cardiaque il ne serait pas possible d’estimer la part d’insuffisance rénale et/ou cardiaque qui avait conduit à cette dégradation mais dans cette situation précise de soins palliatifs, l’important n’était pas l’étiologie du diagnostic mais bien d’améliorer la symptomatologie.

- L'interruption de l'hydratation et la mise en place du diurétique allaient probablement soulager la patiente.

Après lui avoir fait part de tout ça, ma formatrice me dit :

« C'est super, on va pouvoir s'apprendre mutuellement plein de choses durant ce stage. En tout cas je remarque que tu ne penses pas forcément uniquement comme un étudiant infirmier »

En ce qui concerne cette patiente, le bureau de coordination ajouta un créneau à notre tournée de l'après-midi. Nous avons donc eu la possibilité de revenir constater que l'état général s'était un peu amélioré avec une respiration plus claire et un visage plus apaisé.

Cette situation souligne l'importance de la coopération de l'ensemble des acteurs de soin qui peuvent graviter autour d'un patient pris en charge en HAD.

Elle met l'accent sur le rôle capital de la bonne circulation des informations (prescription du médecin généraliste, suivi des IDEL sur des supports différents que ceux utilisés par le service). Cette situation schématise finalement un des aspects de la mission infirmière en poste dans ce contexte de soin : centraliser les informations de terrain. Que ce soit en vue d'améliorer la coordination des interventions soignantes en actualisant les besoins globaux du patient, ou de permettre au médecin à distance de pouvoir réajuster la prise en charge en lui transmettant son analyse quant à l'évolution de l'état de santé du patient.

1.5 Émergence de ma problématique

1.5.1 Mon questionnement initial

Comme je l'ai déjà évoqué plus tôt, mon questionnement remonte à plusieurs expériences de mon parcours universitaire : Que ce soit lors de ma prise de conscience quant aux difficultés liées à la transmission des savoirs à de jeunes collégiens lors de mon expérience professionnelle ou dans mon parcours en filière de médecine ensuite, ou dans mes années d'études en IFSI. L'accumulation des connaissances théoriques dites des sciences dures venant ici être nuancée par une place prépondérante des sciences humaines et sociales, les notions de travail de groupe, de missions exercées en équipes où la solidarité et la collaboration sont mises en avant.

1.5.2 Consolidation de ma problématique et établissement des hypothèses

Mes recherches porteront donc sur les points de convergence de ces deux approches d'apparence nuancées que sont celles des métiers d'infirmier et de médecin :

- Comment, en ayant des formations et des approches de la santé relativement différentes, les mondes médicaux et infirmiers finissent-ils par se comprendre ? se rejoindre ? se compléter ? travailler ensemble et finalement collaborer au service du patient ?

En me recentrant plus particulièrement sur l'esprit d'analyse clinique infirmier :

- Quels sont les différentes démarches diagnostics ? leurs objectifs ?
- Comment l'infirmier peut-il transmettre les informations utiles et pertinentes au médecin afin de faciliter sa prise de décision ?
- Comment, en bonne collaboration l'un avec l'autre, pouvons-nous globalement améliorer la prise en soin du patient ?

En s'intéressant aux méthodes de communication et de transmission à proprement parler :

- Quelles sont les attentes du médecin envers son infirmier ?
- Que se cache-t-il dans « la capacité de faire des liens » de l'infirmier ?
- Est-ce justement ce langage commun qu'il partage avec le médecin ?
- Comment organiser et hiérarchiser les informations afin de rendre l'échange plus efficace ?

Concernant la relation IDE/médecin en vue du prendre soin du patient :

- Quelles sont les leviers et les freins qui peuvent soutenir ou compliquer cette relation ?

Enfin, comme je l'avais déjà mentionné, je fais le choix ici d'articuler mon travail de MIRSI autour de la prise en soin au sein d'un service d'HAD :

- Quelles sont les particularités d'un tel service ?
- L'autonomie de l'infirmier au chevet du patient met-elle ou non à l'épreuve la relation IDE/médecin, leurs communications ?
- Quelles stratégies d'adaptation sont utilisées par les différents acteurs ?
- L'organisation même du service d'HAD propose-t-elle des pistes pour faciliter cette prise en charge en collaboration ?
- Face à la relative autonomie de l'infirmier qui découle de cette pratique à distance, quelles sont les éventuelles conséquences en termes de responsabilités de chacun des acteurs ? peut-on parler de responsabilité partagée ?

Au regard de tous ces éléments voici la problématique que j'ai retenu :

Dans quelle mesure l'analyse clinique infirmière contribue-t-elle, en collaboration avec l'équipe médicale, à améliorer le prendre soin d'un patient pris en charge par un service d'hospitalisation à domicile ?

2 CADRE THÉORIQUE

2.1 CADRE CONTEXTUEL

2.1.1 Le service d'hospitalisation à domicile

2.1.1.1 Définition

Selon le site officiel de la fonction publique, service-public.fr :

« L'hospitalisation à domicile (HAD) permet d'assurer [au] domicile [du patient] des soins médicaux et paramédicaux importants pour une période limitée, mais renouvelable en fonction de l'évolution de [son] état de santé. L'HAD intervient exclusivement sur prescription médicale et avec l'accord [du] médecin traitant [du patient]. L'HAD est remboursée par l'Assurance maladie. »

Par extension, un service d'hospitalisation à domicile a donc pour objectif de mettre en place et de coordonner les interventions conjointes d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé, qu'ils soient salariés du service lui-même ou libéraux (médecins, sage-femmes, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes...).

Nous reverrons les indications médicales plus tard mais notons dès à présent que cette prise en charge peut inclure des soins médicaux, paramédicaux mais aussi sociaux, et qu'elle peut concerner des patients de tous âges (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées) ayant exprimé leur volonté d'être pris en soin, ou de poursuivre leurs soins, au sein leur lieu de vie.

Selon Rémi Coudron, président et cofondateur du service HAD35 (le plus gros service d'HAD du département d'Ille-et-Vilaine) interviewé par le journal Ouest-France en 2014 :

« L'HAD c'est un hôpital sans les murs, donc qui doit répondre à toutes les réglementations des établissements de santé en garantissant la même qualité de soins que ceux dispensés dans un établissement de santé avec hébergement. C'est une modalité d'hospitalisation à part entière et non une simple alternative à l'hospitalisation. »

Cette citation introduit la notion d'obligations auxquelles sont soumis ce type de service. Nous nous intéresserons donc au cadre législatif qui entoure ces structures.

2.1.1.2 Historique

Les origines de l'hospitalisation à domicile nous ramènent en 1945 aux États-Unis. Un professeur et chef de service en médecine interne à l'hôpital Montefiore de New York décide de suivre certains patients chez eux face à la surpopulation de patients dans son service.

En 1947, il fonde le « Home Care » considéré comme le tout premier service d'hospitalisation à domicile. Les déplacements médicaux aux domiciles des patients ne sont alors assurés que par des médecins hospitaliers.

En France et selon la même logique de répondre à un sureffectif de patients, le professeur Siguier, médecin pédiatre à l'hôpital Tenon, Paris, initie en 1951 une poursuite des soins et un suivi des patients directement chez eux. C'est en 1957 que naît officiellement le premier service d'hospitalisation à domicile (HAD) de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). Les années qui suivent voient la création de « Santé Service », deuxième structure d'HAD française, destinée à des patients cancéreux et créée par le professeur Denoix de l'Institut Gustave-Roussy.

Devant le succès de ces deux initiatives, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et l'HAD de l'AP-HP d'une part, Santé Service d'autre part, signent la première convention spécifique aux services d'HAD, nous sommes en 1961.

Cette convention posera les bases du principe de financement des HAD qui verront le jour par la suite, soutenant ainsi leurs essors. On note donc ici que ces initiatives avaient pour point de départ : l'objectif commun de désencombrer les services hospitaliers. Cette dynamique transparait par exemple dans la citation suivante : « [l'objectif est] *d'extraire du système sanitaire les personnes âgées valides ou semi-valides, de désencombrer les services d'aigus des cas sociaux qui y demeurent indûment ou prolongent pour des raisons sociales un séjour originellement justifié* » (Bungener, 1988).

Il s'agit donc de réduire la durée moyenne de séjour d'un certain nombre de patient en offrant la possibilité, que ce soit aux patients aux mêmes mais aussi aux équipes de soin, de poursuivre une convalescence à domicile. Ce principe reste un des moteurs de l'HAD d'aujourd'hui. De même et dès leur apparition, ces services réalisent que cette forme de relais de soins permet d'optimiser la réintégration du patient au sein de son milieu familial et social. Très vite l'HAD s'appuiera sur la médecine libérale puis sur les autres acteurs de soins de proximité.

En résumé, dès leur création, les services d'HAD répondent à 3 principaux objectifs :

- 1) Diminuer la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés.
- 2) Diminuer les coûts de prise en charge par l'assurance maladie (le coup moyen par journée d'hospitalisation CMJH étant bien inférieur en HAD qu'en hospitalisation conventionnelle)
- 3) Améliorer la convalescence des patients par une meilleure réintégration.

Viendra ensuite s'ajouter, au fur et à mesure des années, la demande croissante exprimée par les patients de vouloir être suivis dans le confort de leur domicile. Ces quatre éléments, s'entretenant les uns les autres, expliquent en grande partie l'incroyable évolution que va connaître l'HAD.

2.1.1.3 État des lieux national / Perspectives d'évolution

En matière de données chiffrées sur l'état des lieux national du secteur de l'hospitalisation à domicile je me suis basé sur les rapports d'analyses de la DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques qui dresse des bilans au minimum de façon annuelle.

Les rapports d'activité annuels de la FNEHAD : Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation À Domicile, ont également été une source précieuse d'informations.

L'ensemble de ces sources permet de regrouper les informations tant en termes du nombre d'établissements et de structure que du nombre de patients pris en charge selon ce mode d'hospitalisation. Pour des raisons de lisibilité, les résultats de cette collecte d'information sont présentés sous forme de graphiques avec l'avantage de rendre compte plus clairement des tendances.

2.1.1.4 Évolution du nombre d'établissement

Le graphique de l'évolution du nombre d'établissements pratiquant l'HAD en France vous est présenté en annexe Ia.

On observe que depuis l'apparition du premier service d'HAD en 1957, leur nombre a connu une dynamique d'augmentation, constante et quasi exponentielle, pour atteindre un maximum de 314 en 2015. Depuis cette date, la tendance est au plateau. Le dernier rapport de la DREES comptabilisait 294 services d'HAD en 2022, qu'il s'agisse de structures dédiées ou d'établissements de santé présentant une antenne d'hospitalisation à domicile. La rupture de la dynamique d'augmentation ainsi mise en évidence peut notamment s'expliquer par l'obtention d'une couverture, d'un maillage du territoire national jugés suffisants à partir des années 2015. Cela étant dit, il existe toujours de grandes inégalités de répartition sur le territoire.

2.1.1.5 Évolution de l'activité des services d'HAD

Il existe de nombreux indicateurs pouvant traduire l'importance de l'activité de ces services, nous pouvons par exemple nous concentrer sur l'évolution du nombre annuel de patients pris en charge selon ce mode d'hospitalisation. Cela correspond donc à l'évolution de la capacité de prise en charge. Les données étant moins fréquentes avant 2006, seuls les résultats postérieurs sont représentés. La courbe reprenant ces données vous est présentée en annexe Ib.

Cette courbe représente l'évolution de l'activité des services d'HAD au cours des 14 dernières années schématisée par l'évolution du nombre de patients pris en charge par année. On note ici qu'il n'existe pas de cassure de croissance telle que nous pouvions l'observer sur la courbe du nombre de structures d'HAD. Cette différence peut s'expliquer en intégrant le fait qu'une fois implantée sur le territoire français, ces services de HAD ont cessé de croître en nombre mais ont continué d'augmenter leurs capacités d'accueil, les mêmes structures devenant plus importantes.

2.1.1.6 Perspectives d'évolution

Des données antérieures nous pouvons calculer des moyennes et des taux de croissance. Ainsi depuis 2006, le nombre de patients pris en charge en HAD a connu une moyenne de croissance de 9,7%. Passant d'environ 6500 en 2006 à 21300 en 2020. Ce taux de croissance fait de l'HAD l'un des secteurs hospitaliers ayant connu la plus grande marge de progression. Notons d'ailleurs que la crise sanitaire en lien avec le Covid19 n'a pas réduit cette croissance (+10,5%) contrairement aux services d'hospitalisation conventionnelle. À titre de comparaison les services d'HAD représentent 6.6% de l'ensemble des capacités de prises en charge en hospitalisation complète de court et moyen séjour du territoire. Comme évoqué antérieurement, la croissance significative de l'HAD est soutenue par plusieurs facteurs s'entraînant mutuellement dans une dynamique qui va très probablement se poursuivre :

1) L'augmentation des indications médicales pour favoriser les convalescences à domicile afin d'aider à la réintégration du patient dans son tissu social.

2) L'objectif du secteur hospitalier de soutenir ces retours à domicile précoces afin de diminuer la durée moyenne du séjour des patients en hospitalisation conventionnelle en vue d'encourager la fluidité du roulement d'occupation des lits d'hospitalisations (rendant ainsi à l'hôpital sa place de secteur de soins aigus et spécialisés).

3) La volonté des patients de recevoir des soins directement chez eux pour des raisons de confort et de praticité.

Cette croissance est également soutenue par les politiques publiques visant à promouvoir et à développer les services de santé communautaires tout en réduisant les dépenses du système de santé. (Pour rappel les coûts moyens d'une journée d'hospitalisation conventionnelle sont bien supérieurs à ceux d'une journée d'HAD). Enfin, l'ensemble de cette dynamique est soumis à une pression supplémentaire qui s'exerce déjà et continuera à s'accroître, sur l'ensemble du système de santé : l'augmentation du nombre total de patients dans un contexte de vieillissement de la population française.

Ce vieillissement de la population étant une évolution démographique majeure et sans précédent, il est complexe de modéliser l'augmentation des besoins de soins qui pourrait lui être imputée.

Pour le secteur de l'HAD, cela aura évidemment des conséquences en termes de besoins en capacité d'accueil mais aussi en nombre de journées de soin et en durée de séjour.

Il n'existe pas de modélisation certaine en la matière d'après les recherches que j'ai pu effectuer.

Si on applique le même taux de croissance que celui qui a été obtenu par le calcul précédemment, on obtient un nombre de patient pris en charge qui devrait avoisiner 34 000 patients en 2025, et 53 000 en 2030.

D'un point de vue des modes et leviers de développement, il faut citer les grands axes de la feuille de route stratégique HAD 2021 – 2026. Coconstruite par les principaux acteurs de ce secteur, leurs conclusions sont parues en décembre 2021.

Parmi les acteurs : le ministère de la Santé et ses partenaires institutionnels, l'Assurance Maladie, les fédérations hospitalières, les conseils nationaux des professionnels de santé, trois agences régionales de santé (Occitanie, Bourgogne Franche-Comté, Grand Est), l'Union nationale des Professionnels de Santé et France Assos Santé.

Les axes de développement proposés/retenus :

- 1) « Connaissance et attractivité.
- 2) Développement de l'offre de soin. Intégration dans le territoire.
- 3) Prise en charge des publics vulnérables. Lien avec le secteur social et médico-social
- 4) Qualité et pertinence des soins. Amélioration du circuit du médicament.
- 5) E-Santé. Diversification des prises en charge.
- 6) Soutien aux aidants. Environnement du patient.
- 7) Recherche et innovation. »

Ces axes de développement répondent donc en résumé à deux grands objectifs :

- « Donner à chacun, y compris aux populations isolées et démunies, le droit à bénéficier d'une hospitalisation à domicile. Faciliter cet accès en optimisant son intégration dans le territoire et dans le parcours de soin du patient en améliorant la connaissance du public et des prescripteurs sur ce secteur de soin. »
- « Respecter la responsabilité qui est celle de tout établissement de santé : garantir la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients, favoriser l'innovation. »

2.1.1.7 Organisation et spécificités

Vous retrouverez le cadre juridique de fonctionnement et le principe d'activité soumise à autorisation qui s'appliquent aux services d'HAD en annexe IIa

2.1.1.7.1 Définition :

L'Article R6123-139 du CSP met à jour la définition et les objectifs de l'HAD : « L'activité d'hospitalisation à domicile a pour objet d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. »

Est introduite ici, en plus de la définition de l'ARS datant de 2017 évoquée plus haut, la notion de complexité et de fréquence des soins. L'Article R6123-140 du CSP, élargit ces missions : « Le titulaire de l'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile contribue à l'évaluation et à l'orientation du patient. Il assure si nécessaire une prise en charge psychosociale et des actions d'éducation thérapeutique du patient. »

2.1.1.7.2 Continuité des soins :

Le décret n°2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile précise les obligations auxquelles sont soumises l'HAD, notamment à la continuité des soins : Art 1, alinéa I : « Il est tenu d'assurer la continuité des soins sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année. » et avec l'Art. D. 6124-201 : « L'organisation de la continuité des soins mise en place est adaptée à la nature et au volume de l'activité ».

Dans ce contexte, l'organisation doit prévoir :

- une permanence téléphonique obligatoirement assurée par un professionnel de santé relevant directement de l'établissement ;
- un avis médical (possible par téléphone) si nécessaire ;
- une intervention au domicile du patient par un infirmier libéral ou salarié de l'établissement.

2.1.1.7.3 Zone géographique d'intervention :

Le même article alinéa III précise le fonctionnement des zones géographique d'intervention : « Le titulaire de l'autorisation peut prendre en charge des patients dans une aire géographique d'intervention définie par l'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile. Cette aire géographique est déterminée par l'énumération des communes, existantes à la date de la délivrance de l'autorisation, qui la constituent. » L'autorisation délivrée par l'ARS devra donc faire mention de l'intégralité des communes concernées et toute volonté d'extension sera soumise à une demande de nouvelle autorisation.

Vous pourrez retrouver un complément d'information à propos des règles et principes de fonctionnement des services d'HAD en annexe IIb incluant :

- Les mentions (forme de spécialisations de l'activité des services d'HAD),
- Le conventionnement (adossement à une structure hospitalière),
- Le fonctionnement de la partie pharmacie de ces services.

2.1.1.7.4 Les systèmes d'information :

L'article D6124-196 se rapporte aux obligations en matière de systèmes d'information : L'HAD devra mettre en place et disposer :

- d'un système de communication permettant une communication à distance entre les professionnels de l'HAD et les patients (plateforme téléphonique) ;
- d'un dossier patient informatisé permettant l'accès au dossier patient par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire (cela inclut les libéraux intervenant pour le compte de l'HAD).

2.1.1.7.5 Les différents acteurs

Concernant le fonctionnement de telles structures, le décret précise la composition de l'équipe pluridisciplinaire minimale requise pour prendre en charge des patients :

Article D6124-197- I : « Le titulaire de l'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant :

- 1) Au moins un médecin ;
- 2) Au moins un infirmier diplômé d'État ou autorisé ;
- 3) Au moins un assistant de service social ou un conseiller en économie sociale et familiale ou un assistant socio-éducatif ;
- 4) Au moins un psychologue ;
- 5) En tant que de besoin, au moins un aide-soignant, auxiliaire de puériculture, auxiliaire médical ou personnel des professions sociales et éducatives. »

Ces professionnels pouvant être du personnel interne à l'établissement ou des professionnels libéraux ayant conclu une convention.

L'article D.6124-198-I se rapporte à l'obligation pour l'établissement de HAD de mettre en place une équipe de coordination comportant au moins :

- 1) Un médecin praticien d'HAD,
- 2) Un IDE,
- 3) Un assistant de service social.

Ces professionnels devront nécessairement être des employés internes à la structure, donc non substituables par convention. L'alinéa II du même article précise la définition et le rôle de la coordination : « L'équipe de coordination assure la coordination des soins dispensés aux patients en lien avec les structures et professionnels de santé intervenant en amont et en aval du séjour en hospitalisation à domicile. »

Enfin à cette liste minimale obligatoire de professionnels constituant l'équipe pluridisciplinaire de la « mention socle » (cf annexe IIb) viennent s'ajouter d'autres professionnels en fonction de la mention « spécialisée » concernée, là encore, employés de la structure ou conventionnés. En fonction des mentions, nous pourrions retrouver les professions suivantes : masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, diététicien, psychomotricien, enseignant en APA, sage-femme, IDE de puériculture et des médecins spécialisés dans les différentes mentions. De même et en parallèle : le pharmacien, qu'il intervienne depuis une officine externe conventionnée où via une pharmacie à usage intérieur propre à l'établissement d'HAD.

Pour finir il faut noter que le médecin traitant occupe une place prépondérante avec lequel la collaboration est effective. L'article D6124-200- I nous indique : « Le médecin traitant, ou à défaut le médecin désigné par le patient, est le référent médical du patient pendant le séjour. Son accord est sollicité préalablement à la prise en charge. » ; nuance apportée par l'alinéa suivant : -II : « En cas

d'indisponibilité du médecin traitant, lorsque l'urgence de la situation le justifie [] le médecin praticien d'HAD est désigné comme référent. »

2.1.1.7.6 Rôles de ces acteurs

La place de chacun des acteurs de l'équipe de soin et de coordination peut être résumée sous forme d'un tableau :

Médecin praticien en HAD anciennement coordonnateur	Infirmier de coordination Ou infirmier « référent »	Cadre de santé
<ol style="list-style-type: none"> 1) Référent médical de l'établissement. 2) Organise le fonctionnement de la structure. 3) Assure la bonne transmission des informations médicales 4) Veille à l'accomplissement des soins. 5) Participe à l'évaluation des soins. 6) Fait la liaison et la coordination avec le médecin traitant et le médecin hospitalier. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Évalue la faisabilité de la prise en charge des patients au domicile ou dans son lieu de vie. 2) Collabore avec le médecin praticien dans la constitution du dossier d'évaluation pour l'admission des patients. 3) Organise la prise en charge et le suivi des patients (Planification des soins en collaboration avec l'ensemble des partenaires de la structure). 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Garantit la qualité des soins et la sécurité des patients. 2) Gère le service en favorisant l'adéquation entre les ressources et les besoins. 3) Anime et accompagne les soignants. 4) Peut aider à la coordination. 5) Fait le lien avec l'équipe de direction. 6) Collabore avec l'ensemble des partenaires internes ou externes à l'établissement.
Infirmier	Aide-soignant	Service social
<ol style="list-style-type: none"> 1) Dispense les soins techniques visant à répondre aux besoins d'entretien et de continuité de la vie du patient dans le cadre du maintien à domicile. 2) Peut être amené à réaliser les évaluations de préadmission / admissions. 3) Assure le suivi des patients. (Surveillance des changements de l'état de santé, réévaluation des prises en charge) 	<p>Sous l'autorité de l'IDE de coordination.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Assure les soins d'hygiène corporelle, 2) Soins de confort, 3) Soins de bien-être du patient. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Évalue les conditions de vie au domicile. 2) Engage les démarches nécessaires auprès des organismes sociaux et services à domicile (aide-ménagère, repas à domicile...).

2.1.1.7.7 Le projet de soin :

L'article D6124-197-II ajoute également l'obligation d'établir un projet de soin : « L'équipe pluridisciplinaire établit pour chaque patient, en lien avec le médecin prescripteur et le médecin traitant, un projet thérapeutique qui définit sa prise en charge médicale, paramédicale et psychosociale. »

2.1.1.8 Statut juridique, administration et direction

2.1.1.8.1 Statut juridique et financement

Le statut juridique des services d'HAD se répartissent entre le secteur public, privé lucratif ou non lucratif, le financement correspond quant à lui aux différents modes de remboursement de l'activité de la structure par la sécurité sociale.

Vous trouverez un complément d'informations respectivement en annexe IIc et IId

2.1.1.9 Les indications

L'étude des indications peut se diviser en trois sous parties : les pathologies concernées, les populations cibles et le schéma décisionnel d'admission.

Vous trouverez en annexe IIe. les données de recherches se rapportant à ces sujets.

Un tableau récapitulatif des différentes parties précédentes vous est proposé en annexe IIf.

2.1.1.10 La place des transmissions

La FNEHAD de juin 2022 a tenu des audits quant aux transmissions au sein de l'HAD⁴⁷ du Lot et Garonne. Leur rapport permet de comprendre les points essentiels de l'organisation des transmissions au sein de ce type de structure. Notons ici qu'il existe un bon nombre de points communs avec les structures « classiques » hospitalières.

D'abord un point sur la législation et en vue de la certification : Article R. 4311-1 du CSP :

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques [...] »

2.1.1.10.1 Supports de communication

D'un point de vue pratique, nous l'avons vu, les structures en HAD ont la responsabilité de mettre à disposition des supports de communication permettant l'échange d'information entre leurs agents. Cela signifie :

- Un téléphone portable professionnel pour chaque agent.
- Une application mobile de transmission sécurisée. L'application MobiSoins étant la plus utilisée, voire la seule car je la retrouve dans les rapports de toutes les structures que j'ai pu consulter.

- Un logiciel médical : AnthADine, logiciel référencé Ségur et qui permet de centraliser les informations des dossiers médicaux agrémentées par les informations de l'application MobiSoins.

C'est ce qui permet la constitution du DPI (Dossier Patient Informatisé).

- Une "tablette patient" : un plan national de déploiement de tablettes numériques chez chaque patient étant pris en charge en HAD a été initié il y a moins d'un an. L'objectif étant de donner la possibilité à chaque intervenant extérieur de pouvoir accéder à MobiSoins pour y faire des transmissions.

Ainsi, le patient ou ses proches aidants ont la possibilité de faire remonter des informations sur l'état de santé du patient tout comme la possibilité de recevoir des réponses à leurs interrogations par téléphone. Il leur est transmis le numéro de l'infirmière référente qui suit ce dossier. Comme nous l'avons vu c'est elle qui aura la responsabilité de centraliser toutes ces informations et de les transmettre aux autres membres de l'équipe soignante.

Dans le contexte de l'activité d'HAD, les transmissions s'opèrent à distance ou en personne.

- 1) Les transmissions écrites sur le logiciel MobiSoins sont organisées de la même manière que dans la plupart des logiciels soignants : Chaque traceur peut créer une macrocible d'entrée ou consulter celles qui ont déjà été créées. Au sein de ces macrocibles les informations sont divisées en 3 catégories : les données (évaluation de la situation par le soignant, qu'est-ce que je constate ?), les actions (qu'est-ce qui a été mis en place, qu'est-ce qui a été fait ou décidé ?) et le résultat (réévaluation à distance de l'action)

Les transmissions orales se font par téléphone. L'ensemble des personnes liées au suivi du dossier étant regroupées dans la partie contact du dossier informatisé sur MobiSoins. Le choix de l'interlocuteur va dépendre des situations rencontrées et le mode de communication sera revu plus en détail dans la partie communication. Notons toutefois les interlocuteurs principaux : le bureau de soins, l'infirmière coordinatrice, éventuellement l'IDE ou le soignant ayant créé une macrocible et ayant vu le patient récemment, et le médecin d'astreinte téléphonique.

Tout comme dans les autres services conventionnels, l'HAD prévoit des temps de réunion afin que tous les professionnels de terrain puissent échanger leur regard et leur analyse soignante. Ces réunions prennent deux formes : Les transmissions infirmières qui incluent l'équipe aide-soignante et les staffs médicaux. L'organisation, la fréquence et la durée de ces réunions pouvant varier d'une structure d'HAD à l'autre.

2.1.1.10.2 Objectifs des transmissions :

Les objectifs de ces différents modes et temps de transmission se rapprochent de celles des structures hospitalières « classiques ». Pour les équipes soignantes de terrain : comparer leurs appréciations quant à la situation de santé de la personne prise en soin, alerter quant à d'éventuelles nouveaux problèmes de santé ou problématiques dans l'organisation et la planification des soins.

L'objectif des transmissions IDE est donc de regrouper les analyses de terrain, d'évaluer la gravité des nouvelles situations rencontrées en vue de réévaluer et de réajuster le plan de soins et/ou de faire remonter ces informations à l'équipe médicale. Évaluation et réajustement du PPS (Plan Personnalisé de Santé). Au vu de ce contexte de soins où les patients sont décentralisés, le regard de chaque soignant allant à la rencontre du patient paraît capital. Les évaluations et les prises de décision de l'infirmière coordinatrice et du médecin à distance sont étroitement liées à ces remontées du terrain permettant d'obtenir une vision globale du patient.

2.1.1.11 Les formations continues assurées par ses services

Les services d'HAD, comme les autres services de soins, s'inscrivent dans le plan national d'aide à la formation professionnelle. En parallèle, il faut noter un certain nombre de formations obligatoires. Pour pouvoir prétendre à certaines mentions, prendre en charge certains patients, les soignants doivent avoir reçu des formations spécifiques. Par exemple :

- pour les prises en soins palliatives : la manipulation des pompes PCA et l'utilisation de médicaments réservés à l'usage hospitalier,
- pour les prises en charge pédiatriques : une formation complémentaire est nécessaire,
- pour les prises en soin oncologiques : formation à la manipulation des traitements de chimiothérapie.

2.2 CADRE CONCEPTUEL

2.2.1 Le prendre en soin

2.2.1.1 Le soin

La définition qui nous est donnée dans le dictionnaire Larousse est la suivante :

« 1. Actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un.

Exemple : Entourer ses hôtes de soins attentifs.

2. Actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps.

Exemple : Les premiers soins à un blessé. »

Il apparaît déjà plusieurs approches du mot soin : veiller au bien-être de l'autre et santé physique. Cette nuance est peut-être moins visible dans la définition suivante du même dictionnaire : « Le soin est un processus fait de l'ensemble des interventions médicales et non médicales qui visent à partir de symptômes définis comme « maladie » à rétablir une « vie vivable », ou à la maintenir le plus longtemps possible (maladies chroniques, personnes âgées). »

Encore faut-il définir la notion de « vie vivable ». Dans la définition proposée par Anne Barrau, médecin généraliste ayant publié plusieurs ouvrages d'aide à la formation en soins infirmiers destinés aux étudiants et ici dans « Réussir tout le semestre 1 - IFSI » (2022), pages 409 à 410 : « Un soin est une action ou un ensemble d'actions qu'une personne décide ou accomplit pour elle-même et pour autrui, afin d'entretenir la vie, de maintenir, restaurer et promouvoir la santé ». Ces actions s'articulent donc autour de la notion de santé. Il est intéressant de noter ici la définition même de la santé :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », c'est la définition du préambule à la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), adoptée le 22 juillet 1946

2.2.1.2 Du soin vers le prendre soin, le « cure and care »

Quand nous parlons de la définition du prendre en soin il faut citer Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique, professeur notamment à ENSP de Rennes, franco-belge, dont les travaux s'attacheront entre autres, à définir les contours du prendre en soin : « Porter un intérêt particulier, c'est prêter une attention particulière en vue de favoriser, de développer, de promouvoir la vie, le bien-être de la personne auprès de laquelle on a pour mission d'intervenir »

Nous observons ici que la définition du prendre en soin inclut les notions de promotion de la vie mais aussi du bien-être, et d'attention particulière. Ainsi, le prendre en soin serait « l'application » du soin, dans son aspect généraliste, à l'individu soigné dans sa particularité. Cette mise en « application » du soin est la rencontre entre deux individus. Le premier étant le soignant, qui met à contribution ses connaissances et ses valeurs au profit du la personne prise en soin : le soigné.

Nous pourrions proposer une représentation visuelle pour schématiser cette rencontre, elle vous est présentée en annexe IIg:

2.2.1.3 Care and Cure

La distinction entre les termes de "Cure" et "Care" apparaît aux États-Unis des années 1980. Carol Gilligan, psychologue américaine, professeur en psychologie sociale, philosophe éthicienne, féministe et fondatrice de l'éthique de la sollicitude, a notamment travaillé sur cette distinction d'approche entre le « cure » et le « care ».

Elle nous propose une vision de l'éthique du « care » dans son livre « *In different voice* » (1982).

Pour Gilligan C. le « Cure », traditionnel, met l'accent sur les droits, la règle et la justice ; à cela devrait s'ajouter une éthique alternative non substitutive mais complémentaire : l'éthique du « Care », centrée sur les relations, l'attention à l'autre et la responsabilité mutuelle qui les lie l'un à l'autre.

Il en est de même pour Nel Noddings, philosophe américaine, professeure en théorie de l'éducation et en philosophie éthique, féministe (1929-2022), qui a continué à développer l'éthique du « Care ».

Dans son livre « *Caring, A feminine approach to ethics and moral education* » (1984), elle souligne l'importance des relations interpersonnelles, de l'empathie et de la responsabilité personnelle dans les sphères de l'éthique et de la morale entourant le rapport à l'autre.

Dans un autre registre, possiblement plus large, Joan Tronto, politologue américaine, professeure de sciences politiques et féministe, née en 1952, propose d'élargir l'éthique du « Care » au domaine de la politique, des relations et des prises de décisions sociales.

Son livre « *Moral boundaries: A political argument for ethic of care* » (1993), présente cette position.

Revenons sur les définitions de ces termes en commençant par celle du « Cure » qui semble donc antérieure ou plus traditionnelle pour ces auteurs.

« Cure » : traduction littérale : *guérir*.

Ce terme se réfère spécifiquement au traitement médical visant à guérir une maladie ou à soulager ses symptômes.

En français la "cure" est d'ailleurs centrée sur les aspects médicaux et scientifiques du traitement :

L'administration de médicaments,

Les interventions chirurgicales,

Les thérapies spécifiques, etc.

L'objectif principal du « cure » est d'éliminer la maladie ou d'améliorer l'état de santé du patient d'un point de vue strictement clinique.

« Care » : traduction plus large : *les soins, l'attention, se soucier de...*

Ce terme se réfère quant à lui à l'aspect de prendre soin des patients d'une manière globale, en tenant compte de leurs besoins physiques mais aussi leurs besoins émotionnels, sociaux et psychologiques. Le « care » englobe toutes les actions visant à améliorer le bien-être général d'une personne, qu'elles soient médicales ou non :

L'attention à la dignité,

Le soutien émotionnel,

La communication empathique, etc.

Le « care » est souvent associé à la notion de compassion et de soutien holistique.

Définissons ici « holistique » : qui relève de l'holisme :

« Relatif à la doctrine qui ramène la connaissance du particulier, de l'individuel, à celle de l'ensemble, du tout dans lequel il s'inscrit. » Larousse.

« En santé : l'approche holistique s'intéresse à la prise en soin du patient dans sa globalité, à savoir ses dimensions physique, socioculturelle, environnementale et spirituelle. » Larousse

Il est amusant de noter que le même dictionnaire précise ensuite : « cette pratique n'est pas réglementée et son efficacité est encore discutée ».

Par extrapolation nous pouvons faire des rapprochements entre le « Cure » et le « Care » et les visions médicales et paramédicales du prendre soin :

Dans la vision médicale disons majoritaire :

« Traditionnellement, l'approche médicale se concentre davantage sur le traitement direct des maladies et des symptômes physiques. Le patient est « réduit » à son caractère de malade, de personne à guérir ou dont l'état doit être stabilisé.

Les médecins diagnostiquent les maladies en cherchant la cause précise et délimitable du problème de santé, prescrivent des médicaments qui agiront sur cette cause ou sur les symptômes qu'elle provoque, effectuent des interventions chirurgicales, etc. » (C. Piguet 2008)

Nous retrouvons ici tous les éléments de la définition du « cure », approche majoritaire du prendre en soin médical.

Précisons tout de même que la vision médicale traditionnelle est de plus en plus nuancée par la prise en compte de l'importance du « care » dans le processus de guérison. Les médecins reconnaissent donc désormais que le soutien émotionnel, la communication efficace avec leurs patients mais aussi avec leurs proches aidants, le respect de la dignité du patient et de ses volontés permettant à la fois au patient

de devenir acteur de sa prise en charge et d'améliorer son observance du plan de soin ainsi mis en place, sont des éléments essentiels pour un traitement complet et finalement efficace et réussi.

Concernant l'approche paramédicale du soin et plus précisément ici, celle du monde infirmier ; elle semble cette fois majoritairement holistique et rentrant dans une éthique du « Care » : D'abord lors de la formation infirmière, comme nous l'avons évoqué plus tôt, où l'importance donnée à la transmission des valeurs soignantes (qui seront revues dans la partie suivante) est centrale et insiste sur la vision globale du patient (cf les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson qui sont enseignés dès la première année en IFSI).

Ensuite dans la structuration même des textes législatifs encadrant la profession où la division entre le rôle prescrit et le rôle propre invite les infirmiers à inclure à la fois du « cure » et du « care » à leur prise en soin. Les infirmiers travaillent ainsi en étroite collaboration avec les médecins pour mettre en œuvre les plans de soins prescrits, délivrent et administrent les traitements et assurent les surveillances spécifiques qui entrent dans leur rôle prescrit. Il s'agit là du « cure ». Mais ces mêmes infirmiers passent également beaucoup de temps au plus près des patients, à recueillir leur ressenti, à rechercher leurs besoins et les conditions de leur bien-être, à leur fournir un soutien émotionnel, à leur proposer une éducation thérapeutique quant à leur nouvel état de santé et à leur prise en soin.

Considérant le patient, au-delà de sa condition de malade, comme un individu spécifique évoluant dans son environnement social, les infirmiers ont pour objectif d'apporter une aide globale au patient et à ses proches, leur permettant de s'adapter au mieux à la situation et les accompagnant tout au long du parcours de soin. Ce rôle propre de l'infirmier s'inscrit tout à fait dans l'approche du « care ».

En résumé, le "cure" et le "care" représentent des aspects différents du processus de soins de santé. Même si l'approche médicale est majoritairement basée sur le « cure » et que le rôle propre de l'infirmier est organisé autour du « care », les deux approches sont interdépendantes et complémentaires. Les deux professions s'accordent pour reconnaître l'importance de combiner les deux afin d'assurer le bien-être global du patient.

2.2.2 Le projet de soin

Le continuum de la prise en soin globale est le projet de soins.

D'abord une définition, celle-ci nous est proposée par le site espaceenseignant.com mais l'ensemble des éléments qui vont suivre est aussi retrouvé dans les cours dispensés à l'IFSI tout au long de notre formation :

« Le projet de soins est l'aboutissement d'un processus intellectuel dynamique, continu et évolutif, structuré selon des étapes ordonnées, qui permet de résoudre les problèmes de l'état de santé d'une personne soignée après l'analyse de la situation de soins. »

On retrouve 3 étapes au projet de soins :

- 1) La formulation des objectifs et des buts de soins
- 2) La détermination des interventions de soins
- 3) L'évaluation et le réajustement

Les objectifs de soins sont compris ici comme une finalité de recouvrement des capacités de la personne, que les changements de l'état santé sont venus « momentanément » perturber, et qui peuvent donc être améliorées en fonction de ses capacités antérieures.

Les objectifs de soins correspondent donc aux diagnostics infirmiers dont nous reparlerons un peu plus tard.

Les buts de soins sont quant à eux vus comme les diagnostics médicaux. Le problème de santé a donc abouti à l'établissement d'un diagnostic médical que l'infirmier va prendre en soin en fonction de son rôle prescrit par collaboration même si cela peut également donner lieu à la mise en œuvre de son rôle propre.

L'étape 2 de la détermination des interventions de soins, correspond donc pour l'infirmier, à savoir partager ce qui dépend de son rôle propre et de ce qui dépend de son rôle prescrit qu'il prendra alors en charge de façon pluridisciplinaire et en collaboration.

Le projet de soins est donc la continuité de la prise en soin tournée vers le travail en équipe de soins, collaborant de façon pluriprofessionnelle et pluri disciplinaire.

Dans ce contexte le prendre soin à domicile, par la complexité et la fréquence des soins à prodiguer, s'inscrit dans une démarche nécessairement pluridisciplinaire de projet de soin.

2.2.3 Les connaissances et compétences techniques au service du prendre en soin

2.2.3.1 Leur apprentissage

Les connaissances (les savoirs) et compétences techniques (les savoir-faire) représentent l'ensemble des informations découvertes, comprises et finalement maîtrisées, les gestes pratiques et les savoir-faire observés, appris et en mesure d'être refaits par l'étudiant d'abord, le futur professionnel ensuite.

Les connaissances et compétences ainsi acquises au cours de la formation initiale de l'étudiant mais vont ensuite être entretenues et affinés par une formation continue tout au long de la carrière du soignant.

Le professionnel de santé aura également la possibilité de se spécialiser en suivant des formations complémentaires lui permettant d'acquérir une position de référent auprès des autres soignants, qui pourront s'appuyer sur son expertise.

2.2.3.2 L'importance de l'expérience

Les expériences professionnelles du soignant jouent aussi un rôle important dans l'accumulation de ses connaissances/compétences.

Les situations de soin rencontrées antérieurement, la façon d'y répondre et l'analyse à posteriori ce qui a bien ou moins fonctionné lors de ces prises en charge (analyse des pratiques initiées au cours de la formation en IFSI), permettent au soignant d'aiguiser son regard et sa démarche de soin.

Cette démarche d'analyse de la pratique s'applique d'ailleurs à l'échelle des services hospitaliers et d'HAD comme l'illustre le rapport de la HAD « Outil d'amélioration des pratiques – Renforcement des connaissances et des compétences » qui propose des outils et des modes d'organisation de des analyses de pratique afin d'en tirer des pistes d'amélioration de la qualité des soins.

2.2.3.3 Les valeurs soignantes

Les valeurs soignantes sont difficiles à définir, du moins je n'ai pas trouvé de définition communément admise.

Le petit Robert nous propose déjà plusieurs définitions du mot valeur mais la définition III. semble correspondre le plus au sens [que je me fais] du mot dans l'expression « valeurs soignantes » :

- « III. : 1. Caractère de ce qui répond aux normes idéales de son type. *Des œuvres de valeur inégale.*
2. Qualité estimée par un jugement : *Jugement de valeur*, par lequel on affirme qu'un objet est plus ou moins digne d'estime.
3. Qualité de ce qui produit l'effet souhaité. → efficacité, portée, utilité. *La valeur d'une méthode.*
4. Une valeur : ce qui est vrai, beau, bien dans une société, à une époque. *Les valeurs morales, sociales, esthétiques. Échelle des valeurs. Valeur logique. Valeurs de vérité. »*

Frédéric Venaut, infirmier, écrit dans son article « Donner du sens aux valeurs soignantes » publié en 2003 : « Les valeurs déterminent notre façon d'aborder la vie au quotidien. Elles conditionnent nos actes et nos pensées. En effet, un soignant lors de l'accomplissement d'une tâche, y accordera plus ou moins d'importance en fonction de sa propre échelle de valeurs. »

Ainsi, si les connaissances théoriques sont le « savoir », les compétences techniques le « savoir-faire », alors les valeurs soignantes sont le « savoir-être » auprès du patient.

La liste exhaustive des valeurs soignantes ne peut être dressée ici mais nous pouvons nous intéresser aux plus fréquentes. Dans l'étude menée en 2014 par A.L Ntetu et M-A Tremblay : « Les valeurs, un outil d'appropriation par les soignants d'une démarche éthique en contexte des soins palliatifs. » et

publiée dans *Revue internationale de soins palliatifs*, les auteurs ont interrogé un total de 83 soignants. Une des questions posées : « Pouvez-vous énumérer les valeurs soignantes qui sont importantes pour vous dans le cadre de la relation soignant-soigné ? » nous permet de dresser une liste des valeurs les plus fréquemment évoquées sous forme d'un tableau en ajoutant d'autres valeurs soignantes apparaissant dans les textes législatifs qui encadrent la profession infirmière.

En regard de chaque valeur apparaissent leurs définitions issues du dictionnaire Larousse ou des divers supports de cours dispensés par les IFSI de Metz ou de Lille.

Valeurs soignantes	Définitions
Empathie	"empathie" créé par Theodore Lipps (1909) psychologue allemand, « em » : dans, « pathos » : souffrance ou sentiment. Capacité à comprendre et ressentir, partager les émotions des patients, en étant attentif à leurs besoins émotionnels et à ce qu'ils communiquent à propos de leurs ressentis.
Compassion	Étymologiquement : « souffrir avec ». Capacité à exprimer de la gentillesse, de la sollicitude et du soutien envers les patients, en reconnaissant leur souffrance. Associé à une volonté d'aider, notamment en agissant pour soulager leur douleur.
Patience	Capacité à faire preuve de calme et de tolérance dans des situations stressantes, en fournissant des soins attentifs même lorsque les situations ou les patients eux-mêmes peuvent paraître difficiles.
Adaptabilité	Capacité à s'adapter rapidement aux changements dans l'environnement de travail et aux besoins des patients, en faisant preuve de flexibilité et de résilience.
Respect	Reconnaître la dignité, l'autonomie et les droits des patients, ainsi que leur diversité culturelle, idéologique, politique et leurs croyances personnelles. Le respect de l'individualité auquel tout patient a droit.
Justice	Assurer l'équité dans l'accès aux soins de santé et dans la répartition des ressources, ainsi que le traitement juste et égalitaire de tous les patients, indépendamment de leur statut social, économique ou culturel.
Professionalisme	Respect des normes éthiques et des codes de conduite professionnelle, en maintenant la confidentialité, en respectant la dignité des patients et en agissant avec intégrité.
Intégrité	Agir de manière honnête, éthique et professionnelle, en respectant les normes de bonnes pratiques et en maintenant la confidentialité des informations des patients.
Capacité d'organisation	Aptitude à gérer efficacement son temps, ses tâches et ses priorités, en assurant une prestation de soins efficace et en respectant les échéances.
Sens des responsabilités	Engagement envers la sécurité et le bien-être des patients, en prenant des décisions responsables et en assumant la responsabilité de ses actions.
Esprit d'équipe/collaboration	Capacité à travailler efficacement avec d'autres membres de l'équipe de soins de santé, en favorisant la collaboration et en contribuant à un environnement de travail harmonieux. Travailler aussi en collaboration avec les patients et leur famille (acteurs du soin), pour fournir des soins complets et coordonnés.

Communication efficace	Capacité à communiquer clairement, honnêtement, loyalement et efficacement avec les patients, leurs familles et les autres membres de l'équipe médicale, en utilisant un langage adapté et en pratiquant une écoute active prenant en compte les retours des autres interlocuteurs.
Excellence	Aspirer à fournir des soins de qualité en continuant à se former, à s'informer sur les avancées médicales et paramédicale, à actualiser ses connaissances, à chercher à améliorer constamment ses compétences et ses pratiques.

Ces valeurs soignantes se développent tout au long de la formation de l'étudiant infirmier, avec leur étude en cours magistraux de philosophies du soin, remobilisées en groupes de travail ou dans l'analyse de pratiques professionnelles observées sur les terrains de stage.

Elles se retrouvent dans les codes de déontologie infirmier.

Elles forment le socle commun de cette profession.

2.2.4 Spécificités du prendre en soin à domicile

L'organisation de soins dispensés en établissements avec hébergement (hôpital ou clinique) centralise les moyens (matériels et humains) au plus près du patient.

Lors d'une hospitalisation à domicile tout est décentralisé : les différents acteurs qui gravitent autour du patient interviennent auprès de lui individuellement, l'ensemble du matériel médical doit être prévu en amont et apporté au domicile...

Cette démarche nécessite donc une organisation logistique et une coordination particulière des différents acteurs afin de permettre une collaboration efficace et une cohérence de prise en soin.

Cela implique en ce qui concerne le soignant lui-même, de savoir-faire preuve entre autres : de qualités d'organisation, de flexibilité et d'adaptabilité au contexte de soin.

Nous pouvons résumer quelques-unes des spécificités du prendre en soin à domicile sous forme d'un tableau présenté en annexe IIIh.

2.2.5 Prise en soin partagée

Le site gouvernemental sante.fr nous propose la définition suivante des soins partagés :

« 1) Système dans lequel les médecins de soins primaires et secondaires combinent leurs efforts dans la prise en charge d'un patient [...]. Chaque médecin a une responsabilité commune (à plusieurs) et contemporaine (pendant une même période) du patient. L'intégration peut être réalisée par l'utilisation de dossiers communs, [...].

2) Appliqué aux soins primaires, l'expression correspond aux arrangements réalisés par lesquels des membres d'une équipe de soins partagent la responsabilité pour les soins du patient, par exemple médecins et infirmières travaillant ensemble pour prendre en charge une maladie chronique, [..].

La prise en soin d'une hospitalisation à domicile implique une collaboration étroite entre différents acteurs, il entre donc tout à fait dans cette définition de la prise en soin partagée.

Parmi ces acteurs on retrouve :

- 1) Les professionnels de santé :
 - Les professionnels de l'HAD (Médecin coordinateur, IDE, AS, assistante sociale, équipe de rééducation, équipe de coordination...)
 - Le médecin traitant et médecins spécialistes s'il y a lieu,
 - Les cabinets libéraux (IDE, kinésithérapeutes, psychologues...).
- 2) Le patient lui-même, au centre de cette prise en charge.
- 3) La famille et les proches du patient, ses aidants qui l'entourent.

Les professionnels de santé partagent à des degrés divers en fonction de leur profession, le « secret médical partagé » selon les modalités prévues par la loi :

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, Article 96-II : « Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. »

Ces professionnels mettent leurs connaissances et compétences à contribution afin d'assurer la prise en soin du patient.

Pour l'infirmier :

Article R4311-1 du CSP, version en vigueur depuis le 08 août 2004 :

« Dans l'ensemble de ces activités [de soin], les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. »

Le patient est acteur des prises de décisions médicales qui le concernent. C'est d'ailleurs l'esprit même de la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des patients.

Le rapport de l'HAD d'octobre 2013, « Patient et professionnels de santé : décider ensemble » dresse notamment un état des lieux de la place du patient et l'impact de cette loi 10 ans après sa mise en place dans la prise de décision partagée. :

« La personne soignée acquiert des capacités d'autosurveillance et d'auto-gestion de son état de santé, favorisant son rôle d'acteur dans cette prise en soin, facilitant les prises de décision le concernant, améliorant son sentiment de contrôle et de responsabilité accrue vis-à-vis de sa santé et de son bien-être. »

Concernant les proches, leur implication active dans cette prise en charge est également très importante. Peut-être davantage encore dans ce contexte de soin à domicile.

Les aidants assurent en effet à domicile le relais de surveillance et de soutien au patient en l'absence des soignants, ils leur transmettent les informations qu'ils ont perçues et alertent en cas de besoin.

2.2.6 L'analyse clinique infirmière

2.2.6.1 Définition

Les informations qui vont suivre sont en grande partie issues de ce que Ljiljana Jovic (infirmière et directrice de l'ARSI (Association de Recherche en Soins Infirmiers) et Didier Lecordier (infirmier, chercheur de l'ARSI, retraité) ont publié dans « La clinique infirmière : manière singulière de penser et d'agir dans le champ de la santé » dans Recherche en soins infirmiers 2021/1 (N° 144), dont les pages 87 à 104 sont disponibles sur le site de Cairn.info

« L'analyse clinique infirmière est un processus systématique et réfléchi, une démarche intellectuelle, un questionnement perpétuel. »

L'esprit d'analyse clinique désigne donc « l'habileté du soignant à évaluer les problèmes de santé ou les besoins du patient, à analyser ces données afin d'identifier et de catégoriser les problèmes rencontrés. » Ensuite, dans une démarche de prise en soin globale, il s'agira de « sonder l'impact de ces problèmes au sein de l'environnement du patient » (social, relationnel, familiale) et de « mesurer leurs conséquences sur sa qualité de vie. »

L'analyse désigne enfin, « un questionnement perpétuel » qui va correspondre à la capacité du soignant de juger autant de l'évolution des problèmes de santé du patient (le suivi) que de l'évaluation de l'impact des soins qui lui sont proposés au cours du temps (remise en cause des pratiques ou des soins prodigués)

Cette analyse clinique va se retrouver dans les textes législatifs qui encadrent la profession infirmière : Article R4311-1 du CSP, version en vigueur depuis le 08 août 2004 :

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. [...]. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. »

Article R4311-2 du CSP, 2° : « De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions »

Article R4311-3 du CSP : « L'IDE identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins et met en œuvre les actions appropriées et les évalue. »

2.2.6.2 Étapes :

Les supports de cours infirmiers dispenser par l'IFSI de Lyon me permettent de dresser la liste des différentes étapes de cette démarche :

1. « Évaluer les données cliniques, (interrogatoire et examen physique)
 - a. Reconnaître un ou plusieurs signes et symptômes
 - b. Poser des hypothèses diagnostiques
 - c. Rechercher les signes complémentaires/additionnels attendus/probables
2. Identifier les problèmes de santé,
3. Formuler des diagnostics infirmiers,
4. Développer des plans de soins personnalisés pour les patients.
 - a. Planifier (objectifs, choix d'actions)
 - b. Réaliser les soins
 - c. Réévaluer »

2.2.6.3 Objectifs :

De façon générale l'analyse clinique infirmière « vise à promouvoir le bien-être du patient, à prévenir les complications et à faciliter le rétablissement. » (L.Jovik et D.Leordier 2021)

Concrètement, devant un problème de santé, l'infirmier va être confronté à 3 domaines cliniques pouvant interagir et se compléter :

1. Le diagnostic médical
2. Le diagnostic infirmier
3. Les complications potentielles liées à la pathologie et/ou aux effets secondaires des traitements ou des prises en charge.

L'objectif de l'infirmier va donc être d'identifier par son analyse, ce qui appartient à l'un ou l'autre de ces domaines en vue de pouvoir mettre en place des actions.

Le choix des actions mises en place va également découler du domaine qui est concerné :

- En lien avec un diagnostic médical : mise en relation et transmissions avec l'équipe médicale, mise en œuvre des prescriptions, rôle prescrit de l'IDE.

- En lien avec un diagnostic infirmier : mise en place d'actions selon son rôle propre.

- En lien avec les traitements ou la prise en charge : interruption de ce qui est mis en place et réévaluation.

2.2.6.4 Le sens du soin

L'un des autres objectifs de l'analyse clinique infirmière va être d'être capable de donner du sens aux soins.

Donner du sens, à l'acte infirmier lui-même :

Pourquoi ce soin ? pourquoi de cette manière (process) ? Le raisonnement donne du sens au choix qui ont été fait pour ce patient, dans cette situation précise.

Partager ce sens avec le patient lui-même :

Selon le principe schématisé par la phrase de Georges Canguilhem, philosophe et médecin (1904 – 1995) « Le patient « sujet de soins » et non pas « objet de soins »

L'analyse de la situation, la compréhension des raisons qui entourent les décisions qui sont prises et les démarches de soins qui sont mises en place, permettent à l'infirmier de les expliquer au patient.

L'infirmier endosse ici le rôle de relais des informations et explications transmises par le médecin.

Il répond aux questions et aux craintes exprimées par le patient. Il facilite sa compréhension.

Le patient comprend à son tour la situation, les raisons qui sous-tendent ces propositions de prises en charge, ce qui facilite son propre rôle d'acteur de soin, favorise son sentiment d'acceptation et son observance.

2.2.6.5 Les démarches - les approches inductive et hypothético-déductive

Lorsqu'on s'intéresse aux processus cognitifs impliqués dans les démarches de l'analyse clinique il faut mentionner les études de Thierry Pelaccia, médecin urgentiste aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg, enseignant-chercheur à l'Université de Strasbourg et directeur du Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé de cette même université.

Il a contribué à expliquer que le raisonnement clinique se base en réalité sur deux approches, complémentaires mais distinctes : L'approche inductive et l'approche déductive.

Approche inductive :

« L'approche inductive consiste à partir de l'observation des symptômes et des signes cliniques pour en tirer des généralisations, des conclusions ou mieux des hypothèses à vérifier. »

Thierry Pelaccia souligne que cette approche peut être « plus flexible et adaptée à des situations complexes où les patients présentent des symptômes inhabituels ou atypiques. »

Cette approche s'applique volontiers à « l'études des cas rares ou à la découverte de nouvelles maladies ».

Il précise cependant : « l'approche inductive peut être plus sujette à des erreurs de jugement et à des biais cognitifs, car elle repose sur l'interprétation des données observées sans nécessairement avoir une hypothèse préalable. »

Approche hypothético-déductive :

« L'approche hypothético-déductive implique de formuler une hypothèse basée sur une compréhension théorique ou une expérience antérieure, puis de tester cette hypothèse à travers des examens complémentaires, des interventions ou même des épreuves thérapeutiques. »

L'auteur note que cette approche est sans doute la plus efficace dans les cas où « les diagnostics sont bien préétablis a priori » et où les patients présentent des symptômes typiques.

Elle est toutefois moins applicable « aux situations où les présentations cliniques sont atypiques et où les informations sont limitées. »

Sous forme visuelle cela nous amène à la « Roue de la Science » (« *The Wheel of Science* ») qui a été dessinée par Alfred Russel Wallace, un naturaliste, géographe, et biologiste britannique du XIXe siècle. Ce schéma vous est présenté en annexe IIg.

Pour T. Pelaccia les soignants doivent naviguer entre ces deux approches, en utilisant l'approche inductive lorsqu'il s'agit d'explorer des cas complexes ou à priori inconnus et en recourant à l'approche hypothético-déductive pour confirmer ou infirmer les hypothèses diagnostiques que l'intuition les a amenés à poser.

2.2.6.6 Diagnostics infirmiers

« L'IDE porte un jugement clinique sur les réactions humaines physiques et/ou comportementales de la personne soignée aux problèmes actuels ou potentiels. » (L.Jovik et D.Leordier 2021)

Ici l'objectif infirmier sera donc de parvenir à poser un jugement clinique.

La connaissance globale de la personne soignée oriente l'IDE vers une série d'hypothèses (les plus probables dans cette situation).

L'IDE doit ensuite délimiter sa marge d'autonomie :

- Les actes éventuellement nécessaires ne relèvent pas de son seul pouvoir de décision = procédure collégiale auprès du médecin.

(Formule mentalement des hypothèses diagnostiques médicales et recueille alors un groupe d'indices pertinents à transmettre au médecin dans le but de l'assister dans son propre raisonnement clinique).

- les actes relèvent de son pouvoir décisionnel = rôle propre = diagnostic et projet de soin infirmiers.

Nous l'avons vu, le monde infirmier s'inscrit dans une approche holistique du patient.

Sa démarche clinique sera donc de deux ordres :

1. Relevant de son rôle propre :

Il s'agira alors pour l'IDE de procéder à une élévation de la situation en vue de poser un diagnostic infirmier et ainsi de mettre en place des actions appropriées pour y répondre

directement. (Soit en mettant en place des actions infirmières car relevant de ses compétences, soit en faisant appel à d'autres professionnels de santé en s'inscrivant dans une dynamique de collaboration)

2. Relevant de son rôle prescrit :

L'infirmier assurera ici ses missions au service du médecin. Concernant les surveillances et observations du patient, il s'agira pour l'infirmier de trier les informations qui paraissent les plus pertinentes à la prise de décision médicale. Puis d'appliquer les prescriptions choisies.

2.2.6.7 Les différentes taxonomies

Définition des diagnostics infirmier selon la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) :

« Le diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions humaines aux problèmes de santé présents ou potentiels, au processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité »

« Les diagnostics IDE servent de base au choix des interventions de soins (visant l'atteinte de résultats attendus ou espérés) dont l'IDE est responsable »

Il existe de multiples listes de diagnostics infirmiers mais la taxonomie NANDA-I. est la plus utilisée au niveau internationale.

Historiquement la classification NANDA a été fondée en 1982 par un groupe d'infirmières qui ont travaillé ensemble pour développer une terminologie standardisée des diagnostics infirmiers.

La NANDA-I (I pour International) continue depuis lors d'évoluer et d'être révisée régulièrement par consensus international en intégrant de nouveaux diagnostics ou en révisant la définition de certains.

L'évolution de cette taxonomie s'adapte aux avancées des sciences infirmières.

La version 2021-2023 compte 267 items de diagnostics répartis en 13 grands domaines.

Parmi ces diagnostics on retrouve une majorité de problèmes et de risques entrant dans une démarche du « Care » et de l'approche globale :

« Déficit en soins personnels », « Altération de l'image de soi », « Isolement social », « Altération cutanée » en sont des exemples.

Mais on retrouve aussi un certain nombre d'items empruntés aux signes fonctionnels, aux symptômes ou aux diagnostics médicaux :

« Hypothermie », « Confusion aigüe », « Troubles de la déglutition », etc.

Dans tous les cas, chaque diagnostic de cette classification NANDA-I est accompagné d'informations complémentaires qui, elles, sont organisées comme le sont les démarches cliniques médicales :

Pour la démarche des diagnostics infirmiers :	Pour la démarche clinique médicale :
<ul style="list-style-type: none"> - Populations à risque, - Facteurs de risque, - Liste des signes et symptômes, - Facteurs aggravants, - Les missions infirmières, - Les missions en collaboration. 	<ul style="list-style-type: none"> - Épidémiologie/physiopathologie, - Facteurs de risques, - Clinique (signes et symptômes), - Examens complémentaires, - Critères diagnostics et diagnostics différentiels, - Prises en charge.

On observe un bon nombre de point commun dans le cheminement de ces démarches.

L'épidémiologie et la présence ou non de facteurs de risques rentrent dans les connaissances communes de ces deux démarches et permettent d'orienter la suite de l'investigation en établissant un contexte (Qui est le patient ? quel est son terrain ? Quel problème est-il le plus susceptible de présenter ?).

Le recueil des signes et des symptômes, l'aspect clinique du problème de santé, est l'étape primordiale qui permet de resserrer le champ des hypothèses qui vont être établies.

Dans la démarche d'analyse de l'infirmière en HAD cette étape paraît d'autant plus importante puisqu'il s'agit d'un patient qu'un infirmier et un médecin prennent conjointement en charge mais dont le médecin est à distance.

2.2.6.8 Les freins et les leviers d'une démarche clinique efficace/pertinente/partagée

Le jugement clinique IDE lui-même est influencé par la nature, l'exactitude et l'exhaustivité des données qu'il recueille auprès du patient.

Cela implique donc un certain nombre d'éléments qui seront facilitateur de la démarche clinique infirmière mais aussi à son partage, à sa transmission. Ces éléments sont appelés ici des leviers :

1. Bonnes connaissances cliniques, de la physiopathologie à la sémiologie, sens de l'observation aiguë (reconnaissance des signes, ce qu'il voit, touche et entend),
2. Compétences dans la communication avec le patient qui lui livrera les informations. De même auprès de la famille qui sera le relais de la surveillance.

« La validité du jugement dépend de la nature des informations et donc directement de la qualité de la relation entre l'infirmière et la personne soignée. » A-M Raffard (2017)

3. Utilisation de protocoles d'évaluation partagés : « L'utilisation de protocoles harmonisés facilite la communication et les comparaisons inter-opérateur » C. Tourette Turgis (2017). Il s'agit ici

des échelles de cotation (comme celles de la douleur) et de leurs circonstances d'utilisation. « In fine cela facilite les prises de décision médicale en fournissant un cadre structuré de l'évaluation des patients. » C.Tourette Turgis (2017)

4. Méthode de communication des informations efficace : Une communication claire et ouverte entre l'infirmière et le médecin est essentielle pour assurer une compréhension mutuelle. Elle peut passer par une structuration des informations (cf méthode SAED) mais « elle devra nécessairement utiliser un vocabulaire médical partagé » C.Tourette Turgis (2017).

Culture organisationnelle : L'organisation du service lui-même peut influencer la manière dont les infirmières et les médecins interagissent et collaborent : mise à disposition d'outils de communication efficaces/adaptés, planification de réunions de concertation pluridisciplinaire avec étude des dossiers cliniques, soutien de la reconnaissance du rôle des infirmières référentes, des infirmières de coordination et de chevet, favorisent la collaboration et peuvent faciliter une démarche clinique partagée.

D'autres éléments pourraient venir compliquer le partage de la démarche clinique infirmière, ils sont ici considérés comme des freins potentiels :

1. Hiérarchie professionnelle : Les structures hiérarchiques trop strictes peuvent parfois entraver une communication ouverte et une collaboration efficace entre les infirmières et les médecins.
2. Manque de temps : Les contraintes de temps peuvent limiter les possibilités de communication et de collaboration entre les infirmières et les médecins.
3. Résistance au changement : Certains professionnels de la santé peuvent être réticents à adopter de nouvelles pratiques cliniques ou à reconnaître le rôle accru des IDE dans l'évaluation clinique et la prise de décision au sein du plan de soin.

2.2.7 La collaboration médecin/infirmier

2.2.7.1 La collaboration médecin/IDE

Étymologiquement : du latin « *con* » : avec et « *laborare* » : travailler.

Il s'agit donc de « travailler avec ». Le Larousse nous dit : « travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ses fonctions, participer avec une ou plusieurs autres personnes à une œuvre commune ».

« La collaboration entre le médecin et l'infirmière est un élément essentiel dans les prestations de soins de santé. Elle se définit donc comme une relation étroite de travail en synergie et en coordination dans le but de fournir des soins optimaux aux patients. » Thérèse Péju (2012)

La collaboration repose sur plusieurs facteurs clés que nous reverrons en détails mais traçons ici les grandes lignes :

1. Communication : Une communication ouverte, transparente et efficace entre les infirmiers et les médecins est essentielle pour assurer un partage des informations pertinentes sur l'état du patient, une prise de décisions concertée et une coordination appropriée des soins.
2. Respect mutuel : La collaboration repose sur le respect mutuel entre les membres de l'équipe soignante, reconnaissant les compétences et les contributions de chacun.
3. Partage des responsabilités : Bien que les médecins et les infirmiers aient des rôles distincts dans la prestation des soins, une collaboration efficace implique souvent un partage des responsabilités, avec une reconnaissance des compétences spécifiques de chaque professionnel de la santé.
4. Prise de décisions conjointe : les décisions concernant le plan de soin et les interventions soignantes à entreprendre sont prises en concertation d'équipe entre les infirmiers et le médecin. Si c'est bien le médecin qui possède le pouvoir décisionnel final, c'est après mise en commun des différents points de vue de l'équipe soignante que les décisions prises ont le plus de chance d'être les mieux adaptées aux spécificités individuelles du patient.

Ce dernier point amène la notion de hiérarchisation.

D'abord une définition, la hiérarchie est « l'ordre et la subordination des personnes selon une série telle que chacun soit supérieur et/ou inférieur aux autres degrés » (Ansart, 1999).

Dans le dictionnaire Le Robert : « organisation sociale fondée sur des rapports de subordination ».

Ces définitions intègrent donc une idée d'échelons et à priori d'autorité, de pouvoir et d'encadrement des échelons inférieurs.

D'un point de vue légal, le supérieur hiérarchique de l'IDE est le directeur des soins ou s'il y a lieu, son intermédiaire qu'est le cadre de santé.

Mais dans les faits, en ce qui concerne le rapport entre médecin et infirmier, existe-il un rapport hiérarchique ?

Historiquement la réponse est oui.

La profession médicale étant antérieure à la profession d'infirmier, cette dernière s'est construite et définie par rapport à la première et non l'inverse. Il existe donc des échelons.

Il en va de même pour le métier d'aide-soignant par rapport à la profession d'infirmier.

Ce rapport hiérarchique n'apparaît pourtant pas (plus depuis 1989) dans les textes législatifs.

Bien sûr on retrouve la distinction entre le rôle propre de l'infirmier (qu'il décide et met en place selon sa propre responsabilité) et les autres rôles qu'ils soient directement prescrits (et donc ordonnés) par le

médecin, où qu'ils doivent être réalisés sous la surveillance plus ou moins directe d'un médecin, ou encore autorisés si non contre-indiqués par un médecin.

Il n'en reste pas moins que ce rapport d'autorité ou sa perception persiste dans certaines situations ou diffèrent selon les professionnels interrogés.

C'est une partie des conclusions du document de travail de la DREES (n°64) publié en 2006, « Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé » rédigé par Nicolas Jounin, sociologue et Loup Wolff, chef de département d'étude de l'INSEE où l'on peut lire :

« Pour les infirmières : l'institution d'un diplôme d'État et d'un rôle propre a favorisé l'autodéfinition de leur métier, revendiquée lors du mouvement de 1988- 1989 (Kergoat et al., 1992). Elles disposent désormais d'une hiérarchie propre, partiellement indépendante de la hiérarchie médicale. La complexité des relations hiérarchiques en hôpital aujourd'hui provient précisément de ce décalage entre une origine commandée par la médecine et une autonomisation qui ne dément pas complètement la dépendance initiale. »

Le rapport hiérarchique peut exercer une influence significative sur la collaboration entre les infirmiers et les médecins. Dans certaines organisations de soins de santé, une structure hiérarchique rigide peut entraver la communication ouverte et la prise de décisions conjointe. Par exemple, si les infirmiers se sentent intimidés ou craignent des répercussions professionnelles en s'exprimant devant les médecins, cela peut compromettre la qualité de la collaboration. De même, si les médecins adoptent une approche autoritaire et ne tiennent pas compte des contributions des infirmiers, cela peut également nuire à la collaboration.

En revanche, dans les environnements où le rapport hiérarchique est moins rigide et où une culture de collaboration et de respect mutuel est encouragée, la collaboration infirmier/médecin a tendance à être plus efficace et bénéfique pour les patients.

« Les organisations de santé cherchent de plus en plus à promouvoir des environnements de travail où les membres de l'équipe soignante se considèrent comme des partenaires égaux dans la prestation des soins, ce qui favorise une collaboration plus étroite et plus productive. »
M.Winckler (2019)

2.2.8 Spécificités de la collaboration sein des services d'HAD

2.2.8.1 La pluridisciplinarité

2.2.8.1.1 Définition générale :

Par décomposition : Le mot discipline est central, encadré du préfixe « pluri » au sens de multiple et du suffixe « ité » tendant à substantifier un attribut, faisant du mot une qualité.

Définissons d'abord la discipline :

Pour le sociologue Pierre Bourdieu la discipline est

« Un champ relativement stable et délimité, donc relativement facile à identifier : elle a un nom reconnu scolairement et socialement ; elle est inscrite dans des institutions, des laboratoires, des départements universitaires, des revues, des instances nationales et internationales, des procédures de certification des compétences, des systèmes de rétribution, des prix » (Bourdieu, 2001, p.130).

Les disciplines constituent donc des espaces d'activités clos et privilégiés dans lesquels s'établissent des rapports, des procédures d'activités.

Le même auteur fait ainsi référence « aux frontières de la discipline, protégées par un droit d'entrée plus ou moins codifié, strict et élevé » (Bourdieu, 1997, p27)

Une discipline se réfère ainsi à un domaine d'étude ou de pratique caractérisé par des principes, des méthodes et des théories spécifiques, un champ de connaissance aux limites assez large mais définies.

Une discipline peut donc englober plusieurs professions, et souvent plusieurs professions peuvent contribuer à une même discipline. (Nous définirons la profession un peu plus tard).

La pluridisciplinarité est un dérivé plus récent du mot « interdisciplinarité » qui lui apparaît dans les années 1930 aux états unis dans le courant de pensée de l'école de Chicago.

L'interdisciplinarité a alors pour définition :

« Travaux dont l'objet est soit considéré comme au croisement de plusieurs disciplines soit traité par des outils d'autres spécialités créant ainsi de nouveaux espaces de savoirs. » (Dubreuil, 2007)

Il s'agit donc d'un point d'interaction entre plusieurs disciplines.

Il est intéressant de noter que dès sa création en 1945, l'organisme international de l'UNESCO a pour principe et vocation de promouvoir l'interdisciplinarité et l'érige en idéal scientifique et politique.

D'autres mots de la même sémantique existent tel que la transdisciplinarité, intégrant une notion de transcendance des barrières qui existent entre les disciplines.

Mais qu'en est-il de la définition de la pluridisciplinarité ?

Il semble que cette notion corresponde davantage à une simple juxtaposition des disciplines et des savoir sans réelle connexion ou interaction.

2.2.8.1.2 La pluridisciplinarité appliquée au secteur de la santé

On se réfère donc ici à l'approche qui juxtapose, intègre, voire combine sans transcendance nette de leurs frontières : les connaissances, compétences et perspectives de différentes disciplines médicales et non médicales avec pour objectif d'aborder les défis de santé et de prise en soin de manière holistique. Cela implique une mise en parallèle des évaluations et des approches des professionnels de ces diverses disciplines.

D'abord des deux grandes disciplines que sont le médical et le paramédical, puis en sous disciplines tels que le corps médical (où chaque spécialité est considérée comme une discipline : cancérologue, médecine générale, médecin praticien en HAD...), les sciences infirmières, la physiothérapie et psychologie, la sociologie, les sciences de pharmacologies, de la nutrition, de la santé publique...

2.2.8.2 L'interprofessionnalité

2.2.8.2.1 Définition générale

Par décomposition du mot on retrouve là encore le suffixe « ité » attribut, qualité et le préfixe « inter » qui signifie : entre, parmi. Le mot central étant « profession ».

Dubar et Tripier (1998) considèrent que le terme « profession » possède quatre sens :

- « - une déclaration, notion juridique et sociale (identité professionnelle),
- un emploi (classification professionnelle),
- un métier (spécialisation professionnelle),
- une fonction (position professionnelle). »

Richard Wittorski , directeur du Centre interdisciplinaire de recherche normand en éducation et formation, dans son ouvrage de 2006, définit la profession comme « un agencement de compétences, de capacités, de savoirs, de connaissances et d'identités reconnus par une organisation ou un groupe professionnel comme étant caractéristique d'un – vrai – professionnel » (2006, p. 34).

Il paraît intéressant d'ajouter ici la définition de la professionnalité :

« Un modèle d'action mettant au cœur de la qualification non seulement l'expérience professionnelle et les qualités personnelles ... mais aussi une conception éthique de la profession vécue comme un engagement de toute la personnalité » (Dubar, 1987, p. 7)

Les limites de la définition de profession sont donc multiples mais elles nous rapportent aux notions de métier (comme activité rémunérée) pour lequel le futur professionnel a reçu une formation spécifique qui lui a permis d'acquérir des compétences particulières.

D'un point de vue légal, la profession est souvent définie par des normes éthiques, en tout cas par des exigences de qualification et aboutit à des responsabilités spécifiques.

Qu'en est-il de la pluriprofessionnalité ?

« Si l'interdisciplinarité qui semble appeler à un décloisonnement des savoirs [...] le terme d'interprofessionnalité semble s'ériger lui-aussi contre une logique de spécialisation. Cette notion semble assumer la délicate remise en cause de la place et du rôle de l'expertise, ou plutôt du monopole des expertises détenu ou revendiqué par des groupes professionnels plus ou moins structurés. » (Maude Hatano-Chalvidan, Enseignante-chercheuse en sciences de l'éducation, publication 2016)

2.2.8.2.2 L'interprofessionnalité dans le secteur de la santé

En se référant à ce qui a été défini plus tôt, les différents professionnels de santé sont donc définis par :

- leurs formations spécifiques,
- leurs certifications au droit d'exercer,
- leurs champs de compétences réglementés.

Pour exemples : médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, ergothérapeutes... et bien sûr infirmiers.

Mais cette considération va plus loin, parmi les infirmiers : les différents IDE entre eux, l'infirmier coordinateur, l'infirmier référent, l'IPA...

L'interprofessionnalité invite donc l'ensemble de ces professionnels à mettre en lien leurs connaissances et leurs compétences, à partager leurs expertises respectives en vue d'améliorer la prise en soin globale du patient.

Tous ensemble, ils vont alors pouvoir élaborer un plan de soin holistique qui lui soit adapté et personnalisé.

En résumé :

- La pluridisciplinarité juxtapose des disciplines, chacune gardant sa spécificité et ses compétences.
- L'interprofessionnalité associe des professionnels de plusieurs disciplines ou non, tout en gardant leur spécificité individuelle mais dans l'objectif de participer à un projet collectif en y apportant leurs savoirs et leurs méthodes.
- La transprofessionnalité implique le renforcement et/ou l'acquisition de compétences communes et/ou supplémentaires par rapport aux disciplines associées et considérées séparément.

Une représentation visuelle sous forme de schéma vous est proposée en annexe IIj.

2.2.8.3 La coordination en vue de la prise en soin pluridisciplinaire

Le Larousse définit la coordination comme l'« harmonisation d'activités diverses, organisation des différentes parties d'un ensemble, dans un souci d'efficacité ».

Il s'agit donc ici d'associer les efforts de plusieurs professionnels de la santé (parfois issus de disciplines différentes) en vue de faciliter la prise en charge et de fournir une prise en soins complète et efficace du patient hospitalisé à domicile.

Pour rappel, l'équipe de coordination au sein des services d'HAD est composée d'infirmiers coordinateurs et de médecins praticiens en HAD anciennement médecins coordinateurs.

La coordination va s'appliquer aux différentes étapes du parcours de soin du patient :

1. Coordination du parcours de soin en dehors du séjour en HAD (avant et après son admission) : Mise en relation entre les différents acteurs (médecin traitant, médecin du service d'origine du patient), Programmation de sortie avec mise en place d'un relai de soin

2. Coordination au sein du séjour en HAD :

Au moment de l'admission : prévision logistique, adaptation du logement, commande du matériel et dispositifs médicaux.

Durant le séjour : Planification des interventions des différents acteurs de soin, programmation des surveillances particulières, des examens complémentaires nécessaires prescrits, des consultations spécialisées...

2.2.9 La relation médecin/IDE

2.2.9.1 La communication en vue de l'amélioration de la prise en charge

D'abord une définition : communiquer vient du latin *communicare*, qui signifie à la fois « transmettre », « mettre en commun » mais aussi « être en relation » avec selon la définition disponible sur le site du centre national des ressources textuelles et lexicales.

Nous ne reverrons pas ici en détail les différentes théories de la communication et de l'information mais citons tout de même un des modèles évoqués lors de notre formation infirmière :

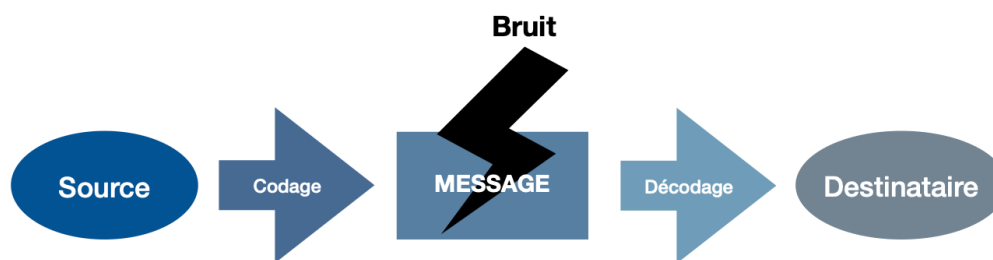
Le modèle de Shannon et Weaver (respectivement ingénieur et philosophe, 1948) qui définit :

- La source comme l'émetteur du message
- Le destinataire comme récepteur du message
- Le message lui-même comme l'information à transmettre

Lors de son trajet le message passe par un encodage de la part de la source et un décodage de la part des destinataires.

Durant ce processus :

- Le bruit est défini comme les difficultés de communication qui peuvent apparaître et aboutissant à perturbation entre le message émis et le message finalement reçu ou compris.



Modèle de Shannon et Weaver (1948)

Ce schéma à l'avantage de simplifier la vision de la transmission d'un message d'une source vers un destinataire et souligne l'importance des étapes de codage et de décodage afin de réduire les erreurs d'interprétation.

Le sujet qui nous occupe concerne l'étude de la communication dans les échanges d'informations entre les professionnels de santé, qu'ils s'agissent d'ailleurs de communications orales en présentiel lors des temps de transmission paramédicaux ou des staffs médicaux mais aussi à distance lors des appels téléphoniques des infirmières de chevet vers leurs autres interlocuteurs : infirmières ou médecin.

Dans ce contexte le message lui-même peut être analysé sous 2 aspects :

- Son contenu
- Sa forme

Concernant son contenu et pour réduire les erreurs d'interprétation du codage et de du décodage, la source et le destinataire doivent partager des représentations communes de ce qui est dit.

Dans le domaine médical ça va donc être :

- Un partage de la définition des mots utilisés : un langage médical et professionnel commun,
- Des systèmes d'évaluations et de comparaisons identiques : utilisation des mêmes échelles et protocoles de cotation.

Concernant sa forme : il s'agit du déroulé du message, l'organisation et la hiérarchisation des idées.

À ce sujet citons : « Je pratique le SAED... et vous ? », article écrit par le professeur René Amalberti publié sur le site de Prévention Médicale en 2018.

René Amalberti est un médecin psychiatre et médecin des armées, professeur de médecine, écrivain chercheur, directeur de la FONSCI (Fondation pour une Culture de Sécurité Industrielle), conseiller en sécurité des patients à la Haute autorité de santé (HAS).

Dans cet article le professeur Amalberti présente les origines de la méthode SAED et les bénéfices que peuvent apporter son utilisation au sein des communications médecins-médecins et médecins-infirmiers.

SAED acronyme de :

- 1) Situation,
- 2) Antécédents,
- 3) Évaluation,
- 4) Demande.

Traduction de la méthode américaine SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*)

La méthode SAED est donc « une façon standardisée de transmettre par une infirmière à un médecin de l'information sur un patient, qui évite d'oublier des points majeurs. La méthode peut également s'appliquer, modulo des adaptations mineures, à tous les types de communications professionnelles de l'hôpital. » René Amalberti.

Il s'agit donc d'une méthode de déroulé des informations en passant d'un item à un autre.

Le tableau présenté dans l'article permet de fixer les choses :

En anglais SBAR	En français SAER	
Situation	Situation - Quel patient ?	Je vous contacte pour tel patient (localisation) qui présente (signe). Les paramètres vitaux sont (pouls, tension, température). Je suis inquiet(e) d'une TA (supérieure à 200 ou inférieure à 100), d'un pouls (supérieur à 140 ou inférieur à 50) d'une respiration (inférieure à 5 ou supérieure à 40), d'une température (supérieure à 40 ou inférieure à 36).
Background	Antécédents - Quel contexte	La conscience est (bonne, confuse, agitée, léthargique, stuporeuse, comateuse). La peau est (sèche, pâle, moite, extrémités froides ou chaudes). Le patient est (sous O2, quantité).
Assessment	Evaluation - Mes doutes	Je pense que le patient a un problème (cardiaque, neurologique, respiratoire..) qui s'aggrave.
Recommandation	Recommandation - Ma demande	Je souhaiterais (que vous veniez, qu'on transfère le patient, qu'on parle à sa famille). Voulez-vous des examens ? Un nouveau traitement ? Si un changement est réalisé, que faut-il surveiller et quand, quels sont les critères pour vous rappeler ?

Tableau d'exemple d'utilisation de la méthode SAED, issu de l'article de René Amalberti (2018)

Cette méthode est apparue aux États-Unis, d'abord utilisée dans l'industrie, notamment l'industrie de l'aviation dans le but d'améliorer la sécurité en standardisant les communications entre opérateurs.

Elle a ensuite été mise à l'essai dans le domaine de la santé au début des années 2000 par le consortium médical Kayser Permanente.

En 2006 la commission d'analyse de l'organisme de certification des hôpitaux aux USA a étudié les éléments précurseurs de près de 5000 d'EIG (Événement Indésirable Grave) et a conclu que le défaut de communication entre professionnels était l'une des causes les plus fréquentes. C'est ce qui a amené à la démocratisation des essais d'utilisation de cette méthode standardisée de transmission dans le but de réduire les sources d'erreurs basées sur la communication et in fine d'améliorer la sécurité du patient en réduisant la survenue d'EIG.

Plusieurs études ont montré l'efficacité de cette méthode de communication mais soulignent l'importance de la formation des équipes soignantes à son utilisation.

Aujourd'hui la méthode SAED est de plus en plus utilisée même si René Amalberti conclut son article en indiquant : « Tout le monde s'accorde plus ou moins des deux côtés de l'Atlantique pour attester le besoin et qu'une standardisation doit être faite, mais n'apportera de résultats que si elle est incorporée dans un champ multifacetté d'actions. Soyons donc à la fois enthousiastes, conscients que c'est une bonne idée, mais qu'il faut un vrai effort de budget pour déployer l'outil avec ses chances de succès (formations, etc.). »

2.2.9.2 Les précurseurs d'erreurs

Nous avons étudié plus en détail la communication et l'importance de son contenu et de sa forme dans le but de favoriser si ce n'est de s'assurer de la bonne compréhension des deux interlocuteurs. Intéressons-nous désormais aux autres facteurs de « bruit » selon le modèle de Shannon et Weaver, à savoir les précurseurs d'erreurs, qu'ils soient purement conversationnels ou compliquant la relation médecin/infirmier dans son ensemble ou plus largement encore, la mise en relation entre ces deux acteurs de santé.

Quand il s'agit d'étudier les sources potentielles d'erreurs au sein des systèmes complexes comme le sont les structures de soin, il faut citer Richard Cook, docteur en médecine, directeur du laboratoire en capacité adaptative, professeur en sécurité des systèmes de santé au Royal Institute of Technology de Chicago. Il a notamment créé des modèles « de défaillance humaine » et « de résilience organisationnelle », qu'on peut retrouver dans une de ses publications : « *How Complex Systems Fail* » (2000). Richard Cook classe les précurseurs d'erreur en quatre domaines : Environnement de travail, exigence de la tâche, capacités individuelles et nature humaine.

Les facteurs « humains », ceux qui pourraient être impliqués comme précurseurs d'erreurs au sein de la communication et de la relation médecin/infirmier, rejoignent pour partie les « 12 maux des facteurs humains » qui est un concept introduit par Christophe Dejours, psychiatre, psychanalyste et écrivain français et qu'on peut retrouver dans son livre « Souffrance en France » (1998).

Dejours présente des facteurs de souffrance mais aussi de risque qu'il classe en trois groupes : organisationnels, managériaux et psycho-sociaux.

De ces deux auteurs nous pouvons créer un tableau récapitulatif consultable en annexe IIIk.

Mentionnons enfin, que l'ensemble de ces facteurs pourront, ou non, s'additionner en se surajoutant potentiellement, mais que la survenue d'un problème réel ne sera rendue possible qu'à la condition qu'aucun des facteurs protecteurs intermédiaires n'ait fonctionné (modèle de Reason schématisé en annexe III l)

2.2.9.3 La relation de confiance

Étymologiquement la confiance vient du latin « confidentia » où le suffixe « con » veut dire « avec » et « fidentia » qui devient « fiance » en ancien français qui signifie « foi ».

Confiance se traduit donc par « avec foi ».

Le dictionnaire Larousse nous propose plusieurs définitions au mot confiance :

- 1) « Assurance, hardiesse, courage qui vient de la conscience qu'on a de sa valeur »
- 2) « Sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose »

Il est intéressant de noter dans ce double sens : confiance en soi et confiance en l'autre, que la première peut entretenir la seconde et vis-versa dans un phénomène de réciprocité.

Avant de voir plus en détails la relation de confiance qui peut se créer au sein du binôme médecin/infirmier, arrêtons-nous un instant sur la relation de confiance qui s'instaure entre l'infirmier et le patient pris en soin à domicile.

C'est grâce à ce sentiment ou cette certitude de pouvoir être écouté et entendu par l'infirmier que le patient va se sentir suffisamment en sécurité pour se confier.

D'ailleurs cette relation de confiance va se développer non seulement auprès du patient mais aussi de sa famille ou de ses aidants.

Ces derniers suivent le patient à chaque instant, comprennent ses besoins spécifiques et sont en mesure de le rassurer et de le soutenir tout au long de son hospitalisation.

Ils sont pour l'infirmier, à la fois une source d'information supplémentaire et un relais, un soutien, une extension de la prise en soin.

Ainsi, la relation de confiance qui s'instaure au sein du triangle : infirmier – patient – aidants, favorise une meilleure communication et coopération entre ces acteurs.

S'il fallait s'y arrêter ici, c'est aussi que cette relation triangulaire permet à l'infirmier de chevet de collecter davantage d'informations concernant le patient, favorisant ainsi la pertinence et donc la crédibilité de l'analyse clinique qu'il va transmettre au médecin.

Pour finir, l'IDE de chevet est l'un des principaux acteurs professionnels de terrain lors de ce type de prise en charge. Par ses visites fréquentes voire quotidiennes il est à la fois le premier interlocuteur mais aussi le représentant central du service lui-même auprès du patient.

Savoir lui transmettre le sentiment qu'il existe une relation de confiance au sein de l'équipe de soin pluriprofessionnelle qui l'entoure inspire également confiance au patient et à son entourage.

Tous ces éléments contribuent au sentiment de sécurité et au bien-être psychologique du patient, ce qui peut avoir un impact positif sur sa récupération.

Relation de confiance au sein du binôme médecin/IDE : posture professionnelle

Étudions maintenant plus en détails la relation de confiance au sein du binôme médecin/infirmier sous forme d'un tableau basé sur les différentes recherches précédentes et sur les cours de soins relationnels dispensés lors de notre formation.

Les éléments ainsi regroupés permettent d'émettre des hypothèses concernant les prérequis ou ce qui peut favoriser l'instauration d'une relation de confiance et ses possibles conséquences :

Prérequis et facteurs favorisants
Éléments communs
<ol style="list-style-type: none">1. Présentations : l'un et l'autre doivent s'être présentés ou pouvoir se rencontrer et finalement se connaître. L'organisation du service devrait permettre un temps de présentation et d'échange entre l'équipe IDE et l'équipe médicale.2. Respect : considération mutuelle, écoute active, reconnaissance des opinions et des perspectives de l'interlocuteur.3. Intégrité : l'IDE et le médecin doivent se montrer authentiques et agir de manière éthique et cohérente et avec leurs valeurs et leurs engagements.4. Fiabilité : il doit y avoir une cohérence entre les décisions prises à l'issue des échanges et les actions mises en place sur le terrain. L'un comme l'autre ont besoin de constater que les agissements font suite aux discours de manière prévisible et qu'il n'y a pas de changement de comportement de façon unilatérale ou arbitraire.5. Standardisation : Pour faciliter la compréhension mutuelle, il est nécessaire de partager un vocabulaire médical commun, d'évaluer des situations ou des données cliniques de façon standardisée (échelles de références, cotations selon les mêmes protocoles...)6. Vulnérabilité : Être capable de se montrer vulnérable et de partager ses propres expériences et sentiments peut encourager l'interlocuteur à faire de même.7. Empathie : Monter sa compréhension et partager les émotions et les expériences que l'interlocuteur nous confie.8. Résolution constructive des « désaccords » : savoir exprimer ses inquiétudes vis-à-vis d'une décision prise, exprimer des propositions de solutions alternatives adaptées et, après avoir analysé les nouvelles perspectives : trouver des compromis.

Expérience, formation et expertise :	
IDE	Médecin
<p>L'expérience de l'IDE, acquise tout au long de son parcours professionnel antérieur et au sein du service de HAD, améliore son analyse clinique, la pertinence de son évaluation, ses aptitudes de communication et de transmission d'information.</p> <p>Les formations spécifiques suivies par l'IDE affinent encore son regard critique et son expertise (cf notamment IPA).</p> <p>Tous ces éléments vont donc concourir à crédibiliser les conclusions de l'analyse clinique IDE transmise au médecin.</p>	<p>Il en va de même pour le médecin.</p> <p>Son expérience et/ou sa spécialisation dans la prise en soin à domicile ou dans un domaine particulier, permet à l'IDE de pouvoir l'interroger ou lui faire part de ses inquiétudes sur des sujets précis, cela valorise son expertise médicale et fait de lui une personne ressource.</p>
<p>Le service de HAD devra permettre aux membres de l'équipe soignante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De poursuivre une formation continue afin d'actualiser leurs connaissances et d'améliorer leurs pratiques. - De suivre des formations complémentaires afin d'intégrer de nouvelles compétences et domaines d'expertise. - De valoriser les parcours de chacun 	
Expérience professionnelle partagée	
<p>Travailler en collaboration avec un autre professionnel, partager une expérience de prise en soin commune, favorise les prises en soin partagées ultérieures.</p> <p>La confiance se construit avec le temps. Cela permet de mieux connaître les façons de procéder et les valeurs du collaborateur, ses habitudes et ses points forts. Il peut s'instaurer des automatismes.</p>	
Régularité et constance :	
IDE	Médecin
<p>L'IDE s'engage à assurer le suivi régulier au chevet du patient.</p> <p>Il rapportera tout changement de l'état de santé du patient au médecin.</p> <p>Il informera le médecin de ses évaluations et actions par une note de suivi numérique via l'application mobile et prend la responsabilité de trouver un autre moyen de communication plus direct si nécessaire.</p>	<p>Le médecin s'engage à suivre l'évolution de l'état de santé du patient en consultant régulièrement les notes de suivi des IDE.</p> <p>Il se rendra disponible à une communication plus directe si elle est sollicitée par l'infirmier.</p>
<p>Pour assurer cette constance d'échange des informations, le service de HAD devra :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer la mise en place d'une plateforme commune de communication, - Planifier des temps d'échanges entre IDE et référents du patient, - Organiser des réunions de transmission dédiées à l'étude des dossiers et de l'évolution des cas cliniques. 	

2.2.9.4 L'autonomie

Le dictionnaire le Robert nous propose comme définition de l'autonomie :

« Droit de se gouverner par ses propres lois.

Faculté d'agir librement, en indépendance. »

Et pour l'indépendance : « Absence de relation, absence de dépendance »

Si les deux mots d'autonomie et d'indépendance semblent synonymes, Jean-Marie Vauchez, éducateur spécialisé et formateur, membre du Haut Conseil du travail social étudie les nuances qui les diffèrent dans son article « Autonome vs indépendant » publié en 2015 dans la revue *Vie sociale et traitements* :

« Il est possible de délimiter leurs champs respectifs. L'autonomie se trouverait alors plus du côté de la capacité d'une personne à assurer seule les divers actes de la vie [...] L'indépendance quant à elle se situerait plutôt dans le champ relationnel, de la relation à l'autre. Il s'agirait donc de pouvoir supporter l'absence de l'autre ou d'être capable de ne pas être sous l'emprise et l'influence d'autres personnes »

Catherine Piguet, dans sa thèse de doctorat en Sciences de l'Éducation /Santé Publique. (10/2008) *Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières* interroge la place de l'autonomie dans la profession infirmière : « Comment l'infirmière peut-elle exercer son autonomie ? Les lois mêmes se contredisent, accordant à cette profession une autonomie tout en la soumettant à une dépendance inévitable au médecin, seul habilité à délivrer des ordonnances. »

Si on se concentre sur l'analyse clinique :

« De sorte que c'est le médecin qui évalue la nécessité d'une prescription dans un domaine professionnel qui, s'il demeure proche du sien, ne correspond pas à sa propre expertise. Le médecin s'appuie donc sur la demande et l'argumentation de l'infirmière ou/et du patient à partir desquels il prend sa décision. Il reste de fait légalement le seul à décider, dans un champ de pratiques pour lequel il n'a pas été prioritairement formé, celui des soins liés à la vie quotidienne d'une personne en particulier et celui de la manière de l'accompagner avec une maladie qu'il a diagnostiquée et dont les standards vont dicter l'ensemble de ses prescriptions médicales et infirmières. Le point de référence reste ainsi la maladie. » (C. Piguet 2008)

Il ressort donc qu'il existe un équilibre subtil entre les différentes postures que devra prendre l'infirmière : si elle est souvent amenée à prendre des décisions de façon autonome notamment dans l'application de son rôle propre qui veille à répondre aux besoins et à prendre en soin le patient dans sa globalité, il n'en reste pas moins que la mission infirmière s'inscrit dans une nécessité de travail en collaboration perpétuelle avec l'équipe soignante, ce qui semble donc exclure toute idée d'indépendance, et dans une relation particulière avec le médecin prescripteur.

2.2.9.5 La responsabilité partagée

L'étymologie du mot « responsabilité » nous est expliquée par le centre national de ressource textuelles et lexicale :

« Dérivé de responsable, composé du suffixe *-ité*, qui permet à former un nom indiquant une caractéristique et basé sur le verbe latin *respondere* (« se porter garant, répondre de »), apparenté à *sponsio* (« promesse »). Cela confère au mot responsabilité une idée de devoir assumer ses promesses »

La définition de la responsabilité proposée par le dictionnaire Larousse nous indique :

« Obligation ou nécessité morale de répondre, de se porter garant de ses actions ou de celles des autres. »

Il apparaît déjà plusieurs nuances : d'abord dans la notion d'obligation, de devoir qui est différente de la nécessité morale, de la promesse et de « l'engagement à », ensuite dans le fait que la responsabilité peut concerner ses propres actes mais aussi ceux réalisés par d'autrui.

Une autre définition du petit Larousse : « qui doit rendre compte devant une autorité de ses actes ou des actes de ceux dont il a la charge. ».

Par extension le même dictionnaire nous indique :

« Responsabilité du fait d'autrui : obligation de réparer les dommages causés aux tiers, qui pèse sur certaines personnes en raison de leurs liens avec l'auteur du préjudice. »,

« Responsabilité civile, obligation imposée par la loi de réparer le dommage causé à autrui soit par l'inexécution d'une obligation née d'un contrat (responsabilité contractuelle), soit par un acte fautif accompli avec ou sans intention de nuire ou encore par le fait d'une personne, d'une chose ou d'un animal dont on doit répondre (responsabilité délictuelle ou quasi-délictuelle) »

Il n'existe pas de définition propre à la responsabilité partagée dans les dictionnaires que j'ai pu consulter mais le Robert mentionne la définition de la responsabilité collective : « fait de considérer tous les membres d'un groupe solidairement responsables d'un fait collectif ou d'un acte commis par l'un de ses membres. »

Appliquée au domaine de la santé on retrouve la définition de la responsabilité médicale : « obligation pour le médecin d'éviter tout dommage à son patient et, dans le cas contraire, de le réparer. »

Bruno Frattini, cadre supérieur de santé IADE, spécialiste en prévention des risques, qui est intervenu dans notre IFSI, nous détaille la responsabilité professionnelle des infirmières en la divisant en trois types :

- Responsabilité indemnitaire
- Responsabilité pénale
- Responsabilité disciplinaire

À ces trois types de responsabilités vont correspondre trois types de procédures. Nous ne détaillerons pas ici ces procédures mais vous pouvez retrouver le cours de Bruno Frattini qui vous est proposé en bibliographie.

Concernant la procédure indemnitaire précisons tout de même ses 3 conditions :

- L'existence d'une faute : « les soins doivent être consciencieux, attentifs et conformes aux données actuelles de la science. »,
- La survenue d'un dommage : « préjudice certain, direct et personnel. »,
- La mise en évidence d'un lien de causalité : « lien de cause à effet entre les deux [la faute et la survenue d'un dommage] »

Dans le cas d'un manquement à la responsabilité indemnitaire de l'infirmière exerçant dans un service hospitalier comme celui de l'HAD, Bruno Frattini nous explique que c'est l'employeur qui est tenu d'indemniser le patient. Il précise toutefois des exceptions :

- La faute est intentionnelle
- La faute est détachable (abus de fonction)
- Les soins sont délivrés en dehors de l'établissement (ici : auprès d'une personne non admise dans l'HAD)

Dans toutes ces situations c'est bien l'infirmier qui sera tenu personnellement d'indemniser la victime ou le plaignant.

L'une des jurisprudences que nous présente Bruno Frattini qu'on nous donne un exemple de situation où la responsabilité a été jugée partagée entre celle de l'infirmier et celle du médecin :

Il s'agit d'un patient opéré d'une sciatique et dont le premier examen clinique post opératoire effectué par le chirurgien est rassurant d'un point de vue sensitivo-moteur à l'exception d'un drain qui ne donne rien. La nuit suivante, le patient rapporte un déficit moteur et une hypoesthésie auprès de l'infirmier qui note ses plaintes mais ne prend pas la décision d'appeler le médecin.

Au matin est diagnostiqué un syndrome de la queue de cheval. Le patient est réopéré mais conservera de lourdes séquelles.

La décision retenue par tribunal de grande instance :

« 1) Responsabilité de la clinique : Faute manifeste du personnel infirmier à qui le patient a signalé à plusieurs reprises qu'il ne sentait plus ses jambes. Le caractère alarmant de ces troubles aurait dû le conduire à prévenir immédiatement le médecin de garde.

2) Responsabilité du chirurgien. Il s'est abstenu d'examiner le patient lorsqu'il est repassé dans le service à 20 h alors qu'il avait constaté au réveil que le drain ne produisait aucun écoulement. Cela constitue une faute dans la surveillance post opératoire. »,
« Partage de responsabilité entre : Clinique, du fait de son salarié à 80% Chirurgien à 20% »

La responsabilité pénale concerne quant à elle l'existence d'une infraction. Bruno Frattini nous liste certaines des infractions qui entrent dans le cadre des procédures pénales :

« Violation du secret professionnel
Atteinte à l'intimité de la vie privée
Non dénonciation de mauvais traitements
Atteinte à la personne humaine
Homicide ou blessures volontaires
Homicide / blessures involontaires
(ex : chute au bloc opératoire, défaut de vigilance ayant conduit au décès)
Non-assistance à personne en péril
Mise en danger d'autrui (pratique non conforme délibérée) »

Contrairement à la responsabilité civile engagée dans les procédures indemnitaires qui peut être collective ou du fait d'autrui, la responsabilité pénale est toujours personnelle : « nul n'est pénalement responsable que de son propre fait » (art. 121-1 CP).

Cela étant dit « plusieurs soignants peuvent être condamnés simultanément » à propos d'une même affaire, comme nous le présente Bruno Frattini en nous rapportant les conclusions du tribunal de grande instance de Bordeaux du 24/06/2008 concernant le décès d'une patiente en EHPAD des suites de l'inhalation de l'eau de son bain. L'AS s'étant absentée durant la toilette de cette patiente, appelée par un autre patient, a été condamnée pour homicide involontaire pour « défaut de vigilance et prudence ». Le médecin quant à lui a été condamné pour non-assistance à personne en danger pour ne pas avoir pris la décision d'évacuer en urgence cette patiente.

Enfin la responsabilité disciplinaire va concerner le non-respect du contrat de travail (exemple : retard, abandon de poste etc.), et les manquements aux règles de déontologie de la profession d'infirmier. Le fait de répondre devant une autorité concerne ici le fait de répondre devant son employeur ou devant le Conseil de l'Ordre Infirmier. Les sanctions vont correspondre à : un avertissement, un blâme, une mise à pied temporaire ou définitive.

L'Article R.4312-29 du CSP résume une partie des obligations auxquelles l'infirmier est soumis :

« L'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur [...]. Il vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise [...]. Il communique au médecin prescripteur toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution ».

On retrouve dans cet article les obligations encadrant le rôle propre de l'infirmier dans la mise en pratique des soins qu'il prodigue, mais aussi sa responsabilité quant au travail en collaboration avec le médecin (application des prescriptions, concours au diagnostic et à la réévaluation de la prise en charge, assurance du suivi de l'état de santé du patient).

Vous pourrez retrouver d'autres jurisprudences dans l'article « L'équipe médicale/équipe de soins : quelle répartition des responsabilités en matière civile ? » proposé par le site WEKA, société éditrice de contenus réglementaires numériques en annexe III

3 MÉTHODOLOGIE

3.1 Phase exploratoire

Pour me permettre de répondre à mes interrogations quant aux relations infirmiers/médecins, leur collaboration au sein de l'hospitalisation à domicile et la place de l'analyse clinique infirmière dans cette collaboration, je dois interroger des acteurs de terrain.

Ayant eu l'opportunité de faire un stage au sein d'un service d'hospitalisation à domicile au cours de mon cursus infirmier c'est tout naturellement vers cette structure que je me tournerai.

Afin d'obtenir des avis contradictoires je dois interroger plusieurs soignants. Pour me permettre de trancher ou d'obtenir une tendance entre 2 avis divergents, il me paraît important et intéressant d'obtenir le témoignage d'au moins 3 soignants.

Les grands objectifs de ces entretiens seront de connaître leurs représentations du prendre en soins, leurs points de vue quant à la place de l'analyse clinique infirmière, leur ressenti en ce qui concerne la relation infirmier/médecin, comprendre comment ils vivent cette collaboration au quotidien au sein de l'HAD.

3.2 Choix des outils

Pour pouvoir interroger ces acteurs de terrain je dois constituer une grille d'entretien regroupant les questions que je veux poser par thèmes en fonction des concepts que j'ai développé dans mon cadre théorique. L'objectif est donc ici de confronter mes recherches théoriques à l'appréciation concrète des acteurs de terrain.

L'intérêt d'une grille d'entretien structurée est de me permettre de suivre le même plan et les mêmes questions face aux 3 personnes interrogées afin d'obtenir des réponses que l'on peut comparer.

Sur le principe cette standardisation permet de m'assurer que toutes les personnes interrogées puissent répondre aux mêmes questions dans le même ordre et avec les mêmes options de réponse afin de diminuer les biais de suggestion. Dans la pratique cela facilitera la comparaison des réponses obtenues. Cette grille d'entretien est à l'annexe IV.

Ces entretiens seront probablement assez longs donc je devrais enregistrer ces conversations afin de pouvoir les consulter et les retranscrire par la suite.

Il me faudra donc un système d'enregistrement et l'accord des participants pour se faire.

Les retranscriptions d'entretiens seront anonymisées et j'en informerai les répondants afin qu'ils puissent avoir la certitude de pouvoir parler librement ce qui diminuera le biais de réponse (se conformer aux attentes de l'enquêteur ou donner une image non représentative de la réalité par crainte des conséquences de ses réponses). Les retranscriptions de ces entretiens sont en annexe V.

Pour l'analyse qui suivra, je devrais également constituer une grille faisant apparaître côte à côte l'ensemble des réponses des 3 participants à chaque question posée. Cette grille d'analyse vous est présentée en annexe VI

3.3 Choix des acteurs interrogés

Pour obtenir des réponses comparables il faudra que les 3 soignants interrogés aient tous les 3 travaillé au sein d'un service d'hospitalisation à domicile et soient infirmiers. Il m'a paru intéressant d'essayer de trouver des infirmières ayant rempli des missions différentes au sein du service : poste de chevet, infirmière de coordination et infirmière de liaison.

En pratique j'ai donc repris contact avec mon ancienne tutrice de stage à l'HAD, lui expliquant la situation mais en la tenant dans l'ignorance du sujet qui allait être traité durant ces entretiens.

C'est grâce à elle et par son intermédiaire que j'ai réussi à obtenir le contact des 2 autres IDE que j'interrogerai.

Je dois tout de même noter ici que mon idée initiale était d'interroger également un médecin de l'HAD dans le but de confronter le ressenti du monde infirmier au monde médical. Cela étant dit le cadre de ce mémoire en sciences infirmières me pousse à me concentrer sur l'aspect paramédical de cette recherche. Il me sera éventuellement possible de poursuivre cette démarche ultérieurement ou dans le cadre de mes recherches personnelles.

3.4 Déroulement des entretiens

Ces 3 entretiens ont duré entre 45min et 1h30. L'un d'eux a eu lieu en distanciel, par Visio et les 2 autres se sont tenus directement en personne.

Dans les 3 cas, ces IDE ont eu la gentillesse de m'accorder des rendez-vous sur leur journée de repos, nous n'étions donc pas pressés par le temps ou sans contrainte temporelle stricte à respecter. Ceci explique que la durée de 45min que j'avais préalablement fixée n'a pas forcément été tenue, certains entretiens ayant duré plus longtemps.

Les 2 entretiens s'étant tenus en présentiel l'ont été au domicile des IDE, dans un environnement calme et sans distraction. Par rapport à l'entretien à distance, ces 2 entretiens ont présenté l'avantage de me permettre de pouvoir lire plus facilement le langage corporel et autres éléments de la communication non verbale des personnes interrogées.

Les retranscriptions de ces entretiens ne contiennent pas mon interprétation de ce mode de communication supplémentaire mais j'y fais apparaître les temps d'hésitation, les rires et les soupirs les plus marquants et qui aident à mieux apprécier ces échanges.

Cette communication non verbale a sans doute rendu ces entretiens plus fluides en me permettant de rebondir sur ce que j'interprétais comme éléments à détailler ou à approfondir.

Cela étant dit, en perturbant le fil des questions que j'avais préalablement prévu, j'ai compliqué la comparabilité des différents entretiens.

Sur ce point, bien que la base de ma grille d'entretien ait prévu une série de questions ouvertes dans le but de réduire le biais de suggestion (se produit lorsque l'enquêteur influence involontairement les réponses des participants notamment par l'orientation de ses questions), mon manque de rigueur à la suivre en incluant des digressions, a fait passer ces entretiens semi directifs à des entretiens libres.

Si cela a permis d'aborder des points que je n'avais pas envisagés au préalable, mes questions supplémentaires et non préparées à l'avance se sont spontanément avérées majoritairement orientées. Augmentant donc gravement le biais de confirmation (se produit lorsqu'il y a une tendance à rechercher, interpréter des informations qui confirment nos propres hypothèses ou croyances préexistantes.).

4 ANALYSE DES ENTRETIENS IDE

4.1 Parcours/profils des infirmières interrogées

Les 3 infirmières que j'ai pu rencontrer ont des profils un peu différents : deux d'entre elles sont diplômées depuis un peu plus d'un an et ont commencé d'exercer au sein du service d'hospitalisation à domicile dès l'obtention de leur diplôme. Cela dit l'une d'entre elles a exercé en tant d'aide-soignante en SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile) durant 7 ans avant de devenir infirmière, elle avait donc déjà une expérience des soins à domicile.

La troisième infirmière interrogée est, quant à elle, diplômée depuis 23 ans et a travaillé au sein de nombreux services, notamment 7 ans à domicile auprès d'un centre de soin mais aussi 8 ans en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) qui sont des lieux de vie, la résidence principale de ces résidents/habitants.

Durant sa carrière elle a aussi obtenu un DU en soins palliatifs.

Ces 3 IDE ont toutes une expérience d'un peu plus d'un an dans le service d'HAD et majoritairement au poste d'infirmier de chevet.

L'une d'entre elles a occupé ce poste en travaillant principalement auprès de l'équipe de nuit. Une autre a été formée au poste d'IDE de liaison et la dernière à celui d'IDE de coordination.

Ces parcours et expériences variés peuvent influencer leur vision du prendre en soin, leur démarche clinique et leur prise de décision mais aussi les actions qu'elles seront susceptibles de mettre en place ou encore leur mode de communication et leur relation avec les équipes de soins et notamment l'équipe médicale.

4.1.1 Motivations

Concernant les motivations de leur choix de travailler à domicile évoquées, deux de ces infirmières nous rapportent avoir fait des stages et eu des expériences professionnelles en tant qu'aide-soignante à domicile au sein de ce service les ayant amenées à vouloir y poursuivre ou y commencer leur carrière.

Toutes les trois nous parlent d'une approche relationnelle et d'une approche des soins très différentes du milieu hospitalier. Maintenir les gens chez eux fait partie intégrante de leurs valeurs soignantes :

l'une d'elle développe en indiquant que leur éviter le choc d'être institutionnalisées ou hospitalisées lui tient particulièrement à cœur « c'est toujours difficile de rentrer en institution, d'être hospitalisé, ça peut être vécu comme un choc. Moi je suis vraiment pour promouvoir [leur maintien à domicile]. Donc si je peux être un maillon... j'y trouve mon compte ».

Le rapport entre le soignant et la personne soignée change également : « on va chez eux ce n'est plus le même paradigme, les patients préfèrent. », « On sent vraiment que le patient est beaucoup plus à l'aise [chez lui], il se sent mieux qu'à l'hôpital », « à l'hôpital c'est vraiment... tout le monde est en blouse blanche, pantalon blanc.... Il y a cette barrière, je trouve, que du coup nous n'avons pas au domicile. »

Cela souligne toute la place des valeurs soignantes partagées par ces infirmiers telle que l'empathie (ils partagent les émotions des personnes prises en soins, sont attentifs à leurs besoins), l'esprit d'équipe et de collaboration (œuvrer ensemble dans le projet du maintien au domicile des personnes soignées, créer une relation avec le patient mais aussi son entourage), faire preuve de bienveillance et d'adaptabilité (rendre possible ce « changement de paradigme » qu'ils perçoivent comme salutaire pour le patient)

4.2 Le prendre en soin

4.2.1 Définitions rapportées :

Les 3 infirmières interrogées définissent le prendre en soin comme une approche globale : c'est soutenir la personne « moralement, psychologiquement » et non pas seulement « physiquement et thérapeutiquement ».

Le patient est « abordé comme une personne unique » au sein d'un tout : « on ne prend pas seulement en soin notre patient, on prend en soin tout son entourage, tout l'environnement du patient. »

L'une des infirmières insiste sur l'importance du relationnel : « c'est la prise en compte des besoins de la personne sur le plan médical, les soins qu'on va lui apporter, mais c'est aussi toute une relation qui va se mettre en place ».

Ces définitions s'inscrivent tout à fait dans ce que Walter Hesbeen avait défini comme le « cure and care ». On y retrouve d'ailleurs la distinction entre les aspects techniques et médicaux du soin et l'approche globale des besoins de la personne. Les soignants, soucieux du bien-être de la personne qu'ils rencontrent, proposent leur soutien dans les différents champs de la vie du patient. La rencontre s'étend ici à l'entourage du patient.

L'une des infirmières résume les choses en disant « Ce n'est pas un savoir-faire [...] c'est plutôt une façon d'être ». Elle souligne ici toute l'importance des valeurs soignantes partagées par les professionnels de santé et que nous reverrons en détail un peu plus tard.

Parlant de cette « façon d'être » elle précise : « Certains soignants le deviennent assez tôt au cours de leur carrière, moi je pense que je l'ai acquis au fil du temps. »

Cela introduit la notion de différence inter-individuelle dans la sensibilité et la facilité à acquérir cette « façon d'être », mais aussi toute l'importance de la formation continue des soignants dans l'objectif d'améliorer leurs compétences et leur approche des soins.

4.2.2 La place ... :

4.2.2.1 Des connaissances et des compétences techniques :

Les infirmières interrogées lors de ces interviews n'ont pas particulièrement insisté quant à l'importance des connaissances dans leur définition du prendre en soin. Peut-être faut-il y voir une place relayée à un plan relativement secondaire dans leur approche pratique des soins ?

Une des infirmières précise tout de même : « Il faut quand même avoir de bonnes bases et des connaissances solides [...] être dans l'observation, dans l'analyse de la situation ».

D'ailleurs sans avoir mis en avant l'utilisation de ces connaissances, ces infirmières évoquent des cas cliniques qu'elles analysent au regard d'un vocabulaire médical et de liens logiques issus de leur formation scientifique.

Il en va de même pour les compétences techniques : « Il faut être dégourdi dans ses actions », « après [tout le reste] les compétences qu'on peut avoir en techniques et en relationnel vont aider ».

Une des infirmières va plus loin en mentionnant son regard péjoratif sur une période de sa carrière où elle devait principalement se consacrer à des soins techniques : « j'étais estomaquée, j'avais l'impression d'être une tâcheronne ».

Ces témoignages soulignent aussi l'importance de la capacité d'organisation. Ces infirmières font preuve d'une aptitude à gérer efficacement leur temps pour remplir les tâches et les missions qui leur sont confiées en priorisant parfois ce qui doit l'être « tu analyses ta tournée en amont et vois s'il n'y a pas de problème ou de chose illogique il faut parfois réadapter, prioriser ». « Une fois que tu as fini toute tes missions tu préviens le bureau des soins pour savoir où tu peux aller aider. »

Tout ceci insiste encore sur la place des valeurs soignantes partagées par ces IDE et notamment de la relation à l'autre.

Une des infirmières résume les choses en disant : « cette façon d'être est primordiale et avant tout l'aspect technique »

4.2.2.2 Du relationnel :

L'aspect relationnel est quant à lui plus largement évoqué dans cette définition du prendre en soin. Une des infirmières interrogées précise même : « Dans le prendre en soin tu as 50% de soin et 50% de relationnel. S'il n'y a pas ces 50% de relationnel, moi je n'appelle pas ça un soin. ». Cette approche relationnelle est aussi développée par l'ensemble des soignants interrogés lorsqu'ils parlent du lien qu'ils créent avec le patient : « certains patients que j'ai pu revoir plusieurs fois et avec qui j'avais établi une vraie relation ».

4.2.3 L'importance des valeurs soignantes :

Les témoignages recueillis de ces 3 infirmières mettent en avant toute l'importance des valeurs soignantes dans leurs approches des soins.

Sans avoir à les nommer ces valeurs soignantes transparaissent tout au long de la présentation des cas cliniques qu'elles nous dressent :

L'empathie :

Ces IDE expriment leur capacité de comprendre les ressentis et les émotions du patient : « le patient [est] beaucoup plus à l'aise qu'en structure hospitalière », « je sentais bien qu'il n'était pas confortable », elles parviennent à se mettre « à sa place », à ressentir les choses comme lui-même les ressent : « c'était trop compliqué [pour la personne], ce qui s'entend tout à fait ».

Leur empathie s'étend même au-delà du patient pour aller jusqu'à son entourage : « c'était difficile de la voir comme ça [l'épouse d'un patient en fin de vie], après ce qui s'était passé, je suis resté un long moment avec elle ».

La compassion :

Ces témoignages rapportent leur capacité à souffrir avec, à exprimer une sollicitude et un soutien envers les patients en reconnaissant leur souffrance et en agissant notamment pour soulager leurs douleurs :

« C'était vraiment délicat comme moment [...] mais c'était surtout dur pour elle », « le but était d'assurer le confort de la personne, que la personne soit confortable ».

L'infirmière ayant travaillé au poste de liaison détaille l'importance des dossiers de préadmission : « ils accélèrent la mise en place des soins à venir, [grâce à ces dossiers] on prend plus vite en charge la douleur, la souffrance, je trouve que c'est important ».

La patience :

La patience est l'un des éléments qui ressort le plus de ces témoignages. Ces 3 infirmières soulignent en effet l'importance de fournir des soins attentifs et de pouvoir « consacrer du temps », de pouvoir « prendre le temps » auprès des patients qu'elles rencontrent.

« On n'a pas énormément de personnes par jour, on peut prendre le temps justement auprès des personnes. ». Ce temps partagé s'étend d'ailleurs jusqu'à l'environnement du patient : « on pouvait prendre le temps avec l'entourage ».

Si cet élément revient si souvent c'est notamment parce que ces infirmières expriment leurs craintes quant à leur vision de la croissance du service qui pourrait réduire le temps passé auprès de chaque patient. : « on a de moins en moins de temps je trouve, [les tournées sont de plus en plus grosses], on risque de diminuer en qualité des soins ».

Adaptabilité :

La capacité à s'adapter au changement ressort de l'ensemble des situations qui nous sont présentées. Qu'il s'agisse d'une adaptation au changement de l'environnement de travail : « rien ne se ressemble, d'un domicile à l'autre, tout est différent » ou à la diversité des soins à prodiguer : « les soins sont hyper variés », en rapport avec la multiplicité des indications des cas pris en charge par le service « 40% de soins palliatifs, 30% de pansements complexes [...] ».

Cette adaptabilité se retrouve également au quotidien dans leur capacité à faire preuve de flexibilité et de résilience face aux situations rencontrées : « je venais voir le patient pour [tel motif, tel soin] mais en fait il avait [tel nouveau problème de santé, tel nouveau besoin] ».

Le respect :

Le respect de l'individualité auquel tout patient a droit prend peut-être une dimension particulière dans ce contexte de soins : « Les personnes sont chez elles, elles vont avoir plus de poids dans les décisions qui sont prises et qui les concernent », « on va chez elle, ce n'est pas le même paradigme ».

Ces témoignages reconnaissent la dignité, l'autonomie et les droits du patient.

L'une d'elle insiste sur l'importance « d'intégrer le patient comme acteur de sa prise en charge ».

Le professionnalisme et l'intégrité :

Les infirmières interrogées sont soucieuses des questions éthiques qui se rapporte à leur pratique : « Ce qui m'inquiète c'est la baisse de la qualité des soins si on continue à avoir de moins en moins de temps à consacrer aux patients. », elle s'interroge aussi sur les codes de conduite professionnelle : [à propos d'une discussion entre un médecin et les infirmières de la structure d'où provient un patient] « moi ça me dérange vraiment de travailler comme ça ».

Elles remettent en cause leurs agissements en regard des normes de bonnes pratiques « il y avait probablement quelque chose que je n'ai pas vu, oui, sûrement ».

Elles ont aussi un regard critique quant à leur positionnement « moi-même au bout d'un an je ne me sens pas encore légitime. Je sais qu'il y a encore plein de choses à apprendre ».

Le sens des responsabilités et la volonté de bien faire :

Le sens des responsabilités est également très présent dans ces témoignages lorsque ces infirmières nous parlent d'engagement envers la sécurité et le bien-être des patients : « il ne faut pas passer à côté de quelque chose ».

Cela transparaît dans toute l'empathie qu'elles déploient envers eux et qui aboutit à leur volonté de mettre en place des actions qui permettent de diminuer les souffrances et d'améliorer le confort des personnes prises en charge : « il n'était pas bien [...] il fallait mettre en place quelque chose »

Le fait d'assumer la responsabilité de ces actions prend une telle place dans la vie des soignants qu'il a des conséquences sur leur vie personnelle : « Si je rentre chez moi et que j'ai l'impression de ne pas avoir bien fait les choses, là ça ne va pas aller », « J'avais l'impression d'avoir vraiment mal fait mon taf, c'était affreux, je ne sentais pas bien. Je suis passée à côté de quelque chose peut-être ? sûrement oui. ».

Ce sens des responsabilités introduit la notion de collaboration et de travail d'équipe que nous verrons plus tard : « heureusement que les uns et les autres sont assidus à regarder les transmissions de chacun. ».

Cela s'applique évidemment aux prises de décisions : « Si tu as un doute, tu appelles quand même [le médecin] ».

L'excellence :

Le désir ou l'aspiration à fournir des soins de qualité en continuant à se former, à s'informer sur les avancées de la science et à actualiser ces connaissances transparaît dans ces témoignages par la volonté exprimée par les soignants de suivre de nouvelles formations « j'espère bientôt pouvoir être formée au poste d'IDE de liaison », « je désire être référent pédiatrique ».

Ces infirmières cherchent à améliorer constamment leurs compétences, leurs pratiques et comme nous l'avons vu cette « façon d'être, je l'ai acquise au fil du temps ». « On continue à apprendre tout le temps, tous les jours, j'en suis persuadée »

4.2.4 Les spécificités rapportées du prendre en soin à domicile :

4.2.4.1 La place de l'entourage :

Les 3 soignantes interrogées s'accordent pour dire que l'entourage joue un grand rôle dans la prise en soin à domicile « L'entourage compte aussi beaucoup je trouve dans ce prendre en soin à domicile. », « Les discussions qu'on peut avoir quand on arrive chez quelqu'un et avec la famille sont très importantes. ». « Lors des soins palliatifs, les patients sont parfois plus ou moins communicants, dans ces situations l'importance de la relation avec la famille est encore plus grande »

Ici l'entourage est vu comme une source d'informations complémentaires, un soutien de la prise en soin, une extension de ce qui est mis en place par les soignants en termes de surveillances et de suivi.

D'ailleurs c'est aussi le cas en termes de soutien psychologique du patient « la famille le soutient et l'entoure ». « C'est aussi une chance de pouvoir « bien » mourir chez soi ».

À d'autres moments la famille et les proches semblent vus comme l'extension du patient lui-même que les soignants se doivent de soutenir dans les moments compliqués :

« On ne prend pas en soin que notre patient, on prend vraiment en soin tout l'entourage, tout l'environnement du domicile ». Cela apparaît encore plus précisément dans la situation clinique rapportée par l'une des infirmières à propos d'un patient pris en charge en soins palliatifs : « C'était vraiment délicat parce que le lit du patient était au milieu du salon [...] son épouse était là [le patient était en fin de vie]. Elle disait qu'il dormait mais [...] il était en train de décéder. Bien sûr elle, elle n'avait pas ce regard-là. [...] Après je suis restée un long moment auprès d'elle ».

4.2.4.2 L'importance de l'anticipation

En lien avec les capacités d'organisation le sens des responsabilités et l'autonomie du soignant les capacités d'anticipation prennent une place importante dans les pratiques de ces infirmières en service d'HAD : « tu vérifies si tu as tout ton matériel avant de partir », « tu checkes ta mallette », « il y a aussi des problèmes logistiques tout simple à se poser : est-ce que tu as suffisamment d'essence dans ton véhicule ? ».

En effet, le contexte de soins joue évidemment un grand rôle dans l'importance des capacités d'anticipation des soignants : « on ne repasse pas par l'antenne de Rennes avant la fin de tournée », « on ne fait plus demi-tour, sauf exception, on part quand même loin ».

Cette anticipation s'étend également à la prise en charge des patients eux-mêmes :

« Là il nous faut une surveillance rapprochée, il faudra envoyer quelqu'un », « Tu analyses ta tournée en amont pour pouvoir justement aider à la bonne organisation ».

Cela introduit la notion de prise en soin partagée que nous allons développer.

4.2.4.3 Le ressenti de l'autonomie :

Même si d'emblée on pourrait penser que l'autonomie est un élément important dans la vie des soignants qui se retrouvent seuls à domicile, ces différents témoignages nous apportent des nuances et un éclairage différent sur cet aspect et cette spécificité du prendre en soin en HAD :

« Quand j'ai commencé, je me disais « oh là là », parce qu'on est vraiment tout seul en fait ! Je me suis dit : « comment je vais faire ?! » », « Dans un service classique, on peut être plusieurs [soignants] à expliquer ou réexpliquer un soin, son intérêt pour la personne, tenter de rassurer la personne, la convaincre entre guillemets. Là on est un peu tout seul face à elle. Je dirais que c'est plus délicat. », « C'est vrai que tu vas prendre tes décisions... plutôt seule », « Il faut être dégourdi dans ses actions. », « On est seul, ça il n'y a pas trop le choix ! »

Le ressenti de l'autonomie est donc une représentation que les soignants peuvent avoir lors de leur entrée dans ce service.

Cela étant dit il est à nuancer du sentiment d'isolement qui lui, n'apparaît pas du tout dans les témoignages : « Mais tu t'aperçois que tu es seule sans être seule. », « Je ne ressens pas d'isolement, parce que j'aime justement [...] être autonome dans mon travail. ».

En effet l'organisation du service semble avoir mis en place les moyens permettant de maintenir le contact entre ses agents : « je ne le ressens pas comme un poids, pas du tout. Je sais qu'on a les outils à

côté pour nous aider, pour nous accompagner. », « Tu as ton téléphone, donc tu as toujours l'équipe ou un médecin au bout du fil. ».

L'équipe IDE a mis en place des moyens de substitution : « on reste quand même très joignable entre collègues IDE, on sait s'entraider », « Il y a toujours une ressource : que ce soit la permanence des soins ou un collègue ».

D'ailleurs l'IDE de chevet travaillant principalement la nuit souligne toute l'importance de ces modes de communication et de ces relais d'aides « on s'entraide encore plus de nuit ».

Le sentiment d'isolement semble donc une représentation erronée de la pratique soignante infirmière à domicile dans le cadre d'un service d'HAD.

Il faut tout de même noter qu'une certaine forme d'autonomie vis-à-vis du corps médical lui-même transparaît indirectement dans l'analyse plus fine des situations rapportées :

« La nuit tu sais que tu ne dois pas trop déranger les médecins alors la première question que tu te poses c'est : est-ce que je peux gérer les choses seul ? », « heureusement qu'il y a toutes les prescriptions anticipées », concernant les appels aux médecins : « je n'aime pas déranger ».

Au poste de liaison où il s'agissait de créer, seule, un dossier de préadmissions :

« Les IDE [du service d'où provient le patient] me donnent un gros dossier, [...] c'était un cas complexe [...] je n'arrivais pas à tout comprendre [...] je ne suis pas médecin non plus [...] Je me suis sentie un peu submergée, j'avoue ».

4.2.4.4 La prise en soin partagée :

Déjà évoquée dans la partie concernant le sentiment d'isolement qui n'apparaît pas aux yeux des soignants interrogés, la prise en soin des patients se fait donc en équipe.

Les témoignages nous rapportent d'abord l'utilisation systématique du dossier médical partagé et des transmissions qu'on peut y trouver : « on note tout ce qu'on fait durant notre passage. Tout le monde peut le consulter », « heureusement que tout le monde est assidu dans la tenue de ces dossiers et que les uns et les autres consultent les transmissions de chacun », « IL faut s'appuyer sur les transmissions ».

D'ailleurs les transmissions ne se limitent pas à celles du service d'HAD mais s'étendent à celles des autres soignants impliqués dans cette prise en charge : « On demande toujours les transmissions aux infirmiers de l'EHPAD », « on va recueillir les informations des infirmières du service d'où provient le patient ».

Cela s'inscrit dans la définition de la prise en soin partagée qui consiste à mettre en commun l'ensemble des informations utiles à la prise en charge des patients.

Dans ce contexte il faut également noter l'importance qu'a la famille et l'entourage du patient comme source d'informations complémentaires. Tout comme l'importance de l'autosurveillance du patient lui-même. Ceci s'inscrivant dans l'esprit même de la loi Kouchner du 4 mars 2002 dont la volonté était de rendre le patient acteur de sa prise en charge.

La prise en soin partagée transparaît aussi dans l'aide interprofessionnelle qui peut se mettre en place. Par exemple concernant un soin, l'entraide infirmière : « cela fait 3 fois que j'essaye, je n'y arrive pas, et le relais peut être passé », « il ne faut pas hésiter à demander de l'aide, le bureau de soin, un collègue... mais se trouver une ressource », « Ça va se faire dans un deuxième temps par quelqu'un d'autre ».

Ce dernier point souligne l'implication des infirmières de terrain dans la planification des soins à prodiguer en vue d'en assurer la continuité : « le déclenchement de nouvelles surveillances impacte sur les tournées à venir », « tiens bah là c'est vraiment urgentissime donc on doit envoyer quelqu'un ».

Cette prise en soin partagée apparaît évidemment dans toutes les références que les infirmières interrogées font de leur mise en relation avec l'équipe médicale : « Mon interlocuteur ça va très souvent être le médecin », « je vais appeler pour savoir ce qu'on peut mettre en place dans ce contexte ».

Elle apparaît également dans les mises en communs des évaluations interdisciplinaires : « les staffs en rééducations, tous les professionnels sont présents, chacun apporte son regard et son évaluation en fonction de sa spécialité : Kiné, APA, ergo... ».

Il est à noter qu'il n'est pas fait mention dans ces témoignages de l'assistance sociale ou du soutien psychologique.

Cela étant dit et même s'il ne concerne pas le patient directement un soutien psychologique des soignants eux-mêmes est rendu possible par l'entraide interprofessionnelle :

Dans une situation de soin qui a pu être éprouvante pour le soignant : « la personne de permanence des soins m'a demandé "comment ça va ?", [...] les autres IDE qui connaissaient le dossier sont venues me voir et m'ont interpellée là-dessus, et puis on a pu échanger », « si j'avais été mal, j'aurais pu faire une demande pour voir quelqu'un ».

Tous ces éléments s'inscrivent dans la définition théorique de la prise en soin partagée qui consiste, pour les soignants, à combiner leurs efforts en vue d'assurer une prise en charge optimale du patient et une

continuité des soins. On observe aussi ici la notion de partage de la responsabilité envers cette prise en charge par l'ensemble des membres de l'équipe de soin.

4.2.4.5 La place du suivi :

Les 3 infirmières interrogées rapportent un suivi jugé compliqué dans ce contexte de soins : « Il n'y a pas ce suivi qu'on pourrait avoir en structure hospitalière du début à la fin, de voir son patient tous les jours. », « Il y a des patients que j'ai vu qu'une seule fois », « je ne revoyais quasiment jamais les mêmes personnes ».

Ce manque de possibilité de suivi peut s'expliquer par le nombre de patients pris en charge par ce service et par la nature même de ce contexte de soins à distance : « Il y a un énorme turnover [des patients comme des soignants]. Il n'y a pas ce suivi qu'on pourrait avoir en structure hospitalière où tu suis ton patient du début à la fin, en le voyant tous les jours et plusieurs fois dans la journée ».

D'ailleurs cette impression de manque de suivi est déplorée par les soignants qui la vivent : « c'était vraiment dur pour moi, surtout venant de l'EHPAD où on était dans la continuité des soins justement », « il y a des patients que j'ai revu plusieurs fois, avec qui j'avais établi une vraie relation. », « c'est dur quand on ne connaît pas la personne et quand ce sont des situations complexes ».

Pour faire face à ces difficultés de suivi, le service a mis en place plusieurs éléments d'ordre organisationnel que nous verrons par la suite mais les soignants nous rapportent déjà des éléments importants :

- La place des transmissions : « Heureusement les uns et les autres sont assidus [...] à regarder les transmissions de chacun. »,
- La sectorisation géographique : « J'ai pu faire le point sur mes ressentis [quant à mes difficultés face à cette impression de ne pas pouvoir suivre les patients] quelque temps après mon arrivée dans l'HAD et mon témoignage en plus de celui d'autres, ont fait changer les choses, cela a permis d'accélérer la mise en place de la sectorisation [permettant aux soignants de rester dans les mêmes grands secteurs et ainsi être amenés à revoir plus fréquemment les mêmes patients ».
- La stratification assurée par les différentes missions IDE au sein du service, que nous développerons plus en détails : « Y-a-t-il un suivi des patients sur la durée ? Non. En tout cas pas au chevet », « Le seul poste où on peut vraiment suivre les patients plus longtemps, c'est la coordination. »

4.3 L'analyse clinique infirmière :

Il faut d'abord noter que 2 des 3 infirmières interrogées n'avaient pas de définition précise concernant l'analyse clinique infirmière et qu'il m'a été demandé de tracer les contours de ce que j'entendais par là avant de commencer.

4.3.1 La place et spécificités de l'interrogatoire :

Les 3 infirmières interrogées nous rapportent une analyse des informations qui se déroule en 2 temps : Une première étape en amont, puis au moment de leur arrivée chez le patient.

Elles consultent donc d'abord toutes les transmissions récentes qui ont été recueillies auprès du patient par les soignants précédents : « On va aller voir toutes les transmissions des collègues et des intervenants extérieurs ». Lorsqu'il s'agit d'intervenir au sein d'une structure elle se référeront aussi à leurs transmissions : « Quand on arrive dans les EHPADs, on demande toujours les transmissions aux infirmiers de l'EHPAD ».

Le second temps correspondra à l'interrogatoire du patient mais aussi à celui de son entourage :

« Ensuite, quand tu rentres chez le patient, tu écoutes tout ce qui se dit chez la personne, toutes les discussions qu'on peut avoir quand on arrive chez quelqu'un : avec la famille »

Une des infirmières résume bien la situation : « Il y a tout ça à prendre en compte, c'est finalement assez complet mais il faut ratisser large pour avoir une vision correcte. »

4.3.2 L'examen clinique confronté à une expérience acquise :

La première étape de l'examen clinique rapporté par les 3 personnes interrogées commence par un constat : « Ça part d'un dysfonctionnement de l'état du patient », « mon analyse clinique commence par mes surveillances ».

Sans le verbaliser il s'agit ici de chercher un nouveau signe clinique : « Une hyperthermie à 38 », « une fréquence respiratoire à 45 », « une désaturation aux alentours de 75 », ou un symptôme rapporté « une douleur, un inconfort ».

Il s'agit donc d'une étape d'observation, de constatation mais aussi de reconnaissance des signes et symptômes qui pourraient être alarmants.

Cette étape peut également se restreindre à l'observation des signes cliniques lorsqu'ils s'agit de patients non communicants : « Chez les patients en soins palliatifs, il y a un panel de signes cliniques qu'on vérifie, notamment leur état de conscience, leur confort, s'il y a des douleurs... »

4.3.3 Réflexivité, jugement clinique et sens du soin :

L'évaluation des données (interrogatoire et examen physique), permet à l'infirmière de pouvoir comprendre la situation : « C'est ce cumul d'informations, ce que tu entends, ce que tu constates, que tu vas centraliser, hiérarchiser. ».

C'est ainsi qu'elle va pouvoir émettre des hypothèses diagnostiques.

On le retrouve par exemple dans la situation rapportée par l'un des infirmiers où il s'agissait de prendre en soin une personne présentant des troubles du comportement : « Je pense que c'était plus de l'agitation due à ses démences, ce n'est pas une anxiété, ce n'était pas une douleur, enfin du moins il n'y avait aucun indice pour nous y faire penser, mais c'est compliqué d'évaluer ça quand même, chez ces patients avec ce genre de pathologies. ».

De même lors de l'analyse de l'état général d'une personne en fin de vie : « Le patient était vraiment en train de partir, il était sur ses dernières instants, je l'ai vu tout de suite ».

Cette réflexivité qui tend vers la compréhension globale de la situation est une étape très importante dans la démarche clinique puisqu'elle va permettre :

4.3.3.1 Le choix dans la mise en place des actions soignantes :

« Tu vas être alertée par des signes cliniques, tu vas mettre en place une surveillance et en fonction de leur évolution, soit ils sont d'emblée inquiétants et tu vas contacter le médecin soit tu continues la surveillance. », « Pour l'expliquer, pour la transmettre correctement, il faut que je comprenne la situation ».

Il apparaît ici que 2 types d'actions peuvent être mises en place : dépendant du rôle propre de l'infirmier (nouvelles surveillances), ou dépendant du rôle prescrit (contact avec le médecin pour connaître la marche à suivre et obtenir de nouvelles prescriptions).

Cette dichotomie est tout de même à nuancer, d'abord par le choix fait par l'infirmier quant à l'interlocuteur médical correspondant au mieux à la situation qu'il rencontre : « j'appelle au 15 devant une dégradation trop importante », d'ailleurs l'une des infirmières nous rapporte une étape intermédiaire en trouvant de l'aide auprès du bureau de soins : « Parfois je m'appuie sur l'équipe IDE avec l'intermédiaire du bureau de soins. Je les appelle en disant :

"J'ai un doute là, je ne sais pas vraiment s'il faut que j'appelle le médecin ou pas, je suis hésitante, qu'est-ce que t'en penses ?"

- "Là, moi j'appellerai". Donc ça va m'aider à prendre ma décision ».

L'autre nuance à apporter concerne les prescriptions anticipées : « La première question que me je pose c'est : *est-ce que je peux intervenir sans avoir à appeler le médecin pour l'instant ?* », « D'abord voir s'il n'y a pas des prescriptions médicales qui sont anticipées et essayer de les mettre en place. », « Après tu réévalues ». Concernant les indications de ces prescriptions anticipées : « c'est clair, c'est de plus en plus aiguillé pour qu'on ait de moins en moins à appeler les prescripteurs. ».

Ce dernier point étant à relativiser puisque la plupart des situations aboutissent à un appel vers le médecin de la HAD : « Quand le problème concerne l'état de santé, en général on appelle le médecin », « On va alerter le médecin pour lui demander : qu'est-ce qu'on met en place ? », « Les médecins nous aiguillent, nous ont dit ce qu'il faut faire et nous on agit. ».

Une des infirmières nous rapporte d'ailleurs une situation dans laquelle elle estime après coup qu'elle aurait peut-être dû contacter le médecin :

[À propos d'une visite en EHPAD et pour une situation complexe]

« Je n'avais pas bien compris les choses, je n'avais pas appelé. Mais finalement, le lendemain l'IDE qui est passé a donné un coup de fil au médecin. Ils ont mis le patient sous Midazolam.

Depuis lors je me dis :

"Tu as un doute, tu appelles quand même", C'est une leçon. "Toujours, appeler plus que pas assez", au moindre doute bien sûr, pas inutilement. »

Enfin il faut noter que l'analyse clinique infirmière peut aboutir à des conclusions plus larges quand il s'agit des dossiers de préadmission dont se charge l'infirmière de liaison : « J'ai conclu que le patient rentrait dans les critères d'admission, le médecin a validé les choses. »

4.3.3.2 La réflexion quant au sens du soin

Le second point que permet la compréhension de la situation est l'évaluation du sens du soin.

Qu'il s'agisse d'un soin envisagé (pourquoi ce soin ? de quelle manière dans ce contexte ? auprès de ce patient précis) ou déjà mis en place, il s'agit alors de le réévaluer (changement de protocoles pansements, surveillance des effets secondaires, repérage des erreurs médicales potentielles, réévaluation des thérapeutiques avec le prescripteur au vu d'un changement d'état du patient...).

Cette quête de sens et la réévaluation des pratiques de soins apparaissent dans les différents témoignages recueillis : « Le patient était vraiment en train de partir, il était sur ses dernières instants, je l'ai vu tout de suite et j'étais un peu paniquée, j'avoue. J'ai mis...on se retranche un peu derrière ça parfois et on va mettre une SAT, on va augmenter l'oxygène etc. *[le patient décèdera quelques instants plus tard]* », « On savait que la patiente n'allait peut-être pas sortir vivante de ce moment-là, alors on a fait au maximum pour du palliatif, au maximum de pour le confort, pour la soulager. », « Et puis je me suis demandé si c'était vraiment la bonne solution dans ce contexte, l'âge du patient, le picline en urgence... Est-ce qu'il n'y avait pas un peu d'obstination déraisonnable ? ... », à propos d'un patient souffrant de démence et dans un état d'agitation importante, n'arrêtant pas de retirer ses perfusions :

« Là c'est bon, ça ne sert à rien que je réessaye de le piquer une 5^{ème} fois. Il n'y a aucun intérêt et chacun de mes passages et de mes tentatives augmentent l'agitation et l'inconfort de ce patient, pourquoi ne pas essayer de trouver une alternative perOs au traitement ? Je suis pour qu'on arrête de l'embêter et qu'on réévalue ça demain quand le patient sera plus apaisé ».

4.3.4 Les freins et leviers de l'analyse clinique infirmière :

4.3.4.1 Les freins :

Ces entretiens nous ont permis de dresser une liste d'éléments ou de situations qui peuvent venir compliquer la démarche d'analyse clinique infirmière :

- **Transmissions indirectes**

Par la multitude des soignants impliqués et partageant la prise en charge du patient il arrive parfois que les transmissions soient incomplètes ou indirectes : « C'était une infirmière intérimaire qui ne connaissait pas bien la patiente ».

- **Manque de temps**

Il peut arriver que les infirmières au domicile soient pressées par le temps ce qui raccourcit le moment qu'elles peuvent consacrer à recueillir les informations et à l'analyse des situations : « Il faut que je comprenne vite la situation », « Il nous manque huit soignants pour les tournées de demain. On va tous tourner à 140%. Le problème c'est qu'on va être obligé de se presser chez certains patients ». Ce dernier point étant tout de même à nuancer car il semble que ce soit plutôt l'exception que la règle : « Ce qui est bien c'est qu'on n'a pas énormément de personnes par jour », « ce sont des soins assez longs, on reste 1h voire 1h30 chez la personne. ».

- **Complexité des cas rencontrés**

Il faut déjà rappeler la grande diversité des cas rencontrés en rapport avec les indications variées de l'admission en HAD. Ensuite chaque soignant ayant des tournées susceptibles de changer de jour en jour, il est amené à rencontrer fréquemment de nouvelles personnes ayant de nouveaux problèmes de santé, de nouveaux dossiers à étudier, de nouveaux parcours de soins à comprendre... « Les cas qu'on rencontre sont hyper variés », « Nos journées, elles ne se ressemblent pas tellement. », « Au vu du nombre de patients et du nombre des soignants, il y a forcément un énorme turnover ».

Ces 2 éléments peuvent compliquer la démarche clinique infirmière : « C'était très compliqué.

C'est dur quand on ne connaît pas la personne et quand ce sont des situations complexes. Tu essaies de comprendre mais tu as beau faire, tu ne comprends pas quand même. »

En rapport avec cette complexité des cas rencontrés il faut noter la situation où l'infirmière de liaisons réalise seule un dossier de préadmission : « la structure me donne un énorme dossier médical. C'était compliqué. Moi je ne suis pas médecin non plus et je n'avais pas suffisamment de temps pour me pencher sur tout le dossier. Je me suis sentie un peu submergée, j'avoue »

4.3.4.2 Les leviers :

- **Adaptabilité et réactivité**

En lien avec la complexité des cas rencontrés et la pression temporelle qui peut parfois s'exercer, il faut noter la nécessaire réactivité dont le soignant doit faire preuve dans son esprit d'analyse. Il peut en effet préparer sa rencontre avec le patient en amont en consultant son dossier et les transmissions antérieures, mais il doit fréquemment s'adapter à des situations imprévues en arrivant sur place :

« Je suis partie sur place en pensant que... mais quand je suis arrivée je me suis rendu compte que... »,
« On y va pour une surveillance simple...Et puis finalement, il s'avère que [*c'est tout autre chose*] ».

Nous avons déjà souligné l'importance de l'adaptabilité dans les valeurs soignantes partagées par les IDE interrogés mais cette même flexibilité et cette même résilience s'appliquent aussi à leur analyse clinique. Il leur faudra rapidement comprendre la situation et ne pas être déstabilisé par des éléments nouveaux : « C'est vraiment variable, il n'y a pas une recette. Ça dépend. »

- **Esprit de synthèse**

Et soignants devront avoir un esprit de synthèse de leur analyse : « Après avoir recueilli toutes les données, les transmissions, ce que tu as constaté... tu essayes de bien synthétiser », d'autant plus dans le cas d'une transmission à venir : « Je lui dresse le tableau clinique »

- **Coopération interprofessionnelle**

La coopération interprofessionnelle est l'un des éléments qui ressort le plus de ces témoignages comme facteur favorisant leur analyse clinique.

Cette coopération se retrouve d'ailleurs à chacune des étapes de la démarche :

En amont de la rencontre avec le patient en améliorant l'exhaustivité des informations recueillies au préalable : « Heureusement maintenant qu'on a de plus en plus de transmission les midis [...] que tout le monde est assidu dans la tenue de ses dossiers ».

- À l'arrivée au domicile où l'infirmière pourra se baser sur ce qui a déjà été mis en place : « [*En parlant des surveillances*] Que ce soit moi qui les mette en place où les IDE de chevet précédentes ». Ici l'action des soignants précédents permet une comparaison avec des valeurs de référence et donc l'estimation d'une tendance d'évolution.
- Durant la visite où une coopération entre soignants de formation différente pourra permettre une analyse partagée au regard des compétences de chacun : « En pédiatrie on est souvent en binôme avec les puéricultrices ou les auxiliaires de vie ».
- Enfin au moment des hypothèses diagnostiques et de la réflexion quant à l'action à mettre en place la coopération interprofessionnelle on pourra aider l'IDE à prendre une décision : « [*Parlant du bureau de soins*] Donc on peut se mettre à plusieurs finalement pour analyser la situation clinique et puis trancher si oui ou non, on appelle le médecin »

4.4 La coopération rendue possible par l'organisation et la coordination au sein de l'HAD

4.4.1 Les formations en interne

Les 3 IDE interrogées ont reçu les formations obligatoires à leur entrée dans le service : la formation PCA, la formation aux pansement complexes et surveillance de cicatrisation et la formation pour l'utilisation des dispositifs médicaux propres à la TPN.

Celles qui ont choisi de postuler en interne aux autres postes IDE ont suivi les formations complémentaires afin de devenir infirmière coordinatrice et infirmière de liaison. Ces formations correspondent à des journées de doublure « de 7 jours pour la coordination et 15 jours pour la liaison ». Une des personnes interrogées souhaite quant à lui être IDE référent en pédiatrie et attend d'être formé prochainement « j'ai postulé en interne, 17 demandes ont été faites, 3 ont été retenues [...] il y aura 2 jours de formation théorique et 3 jours de doublure ».

Cela signifie qu'un certain nombre d'opportunités de formations internes sont proposées par le service. Cela s'inscrit donc dans le cadre des offres de la formation continue qui est assurée par tout établissement ou structure de santé selon les modalités du « plan national d'aide à la formation professionnelle » prévu par la loi.

4.4.2 Organisation de la coopération au sein du service

D'un point de vue géographique d'abord : « Le service a mis en place une sectorisation entre le nord et le sud. », « les équipes d'un secteur restent dans leur secteur. »

Les 3 IDE nous décrivent les missions du poste de chevet de la même façon : Surveillances et soins, suivi quotidien, relations auprès des patients. Elles soulignent toutes l'importance de la relation avec l'entourage du patient dans ce contexte de soins à domicile.

Si la mission de l'infirmier de chevet peut ressembler à celle d'une infirmière dans une structure hospitalière, elle s'inscrit dans une organisation de collaboration et de coopération, un travail d'équipe où chacun joue un rôle particulier :

1. Infirmière de liaison :

« Elle va faire la liaison entre l'endroit d'où provient le patient [domicile, hôpital, EHPAD] et l'entrée dans le service d'HAD. », « c'est l'IDE de liaison qui réalise l'évaluation de préadmission. », « Elle intervient souvent en binôme avec un médecin mais il peut lui arriver de travailler seule dans cette évaluation. »

C'est elle aussi qui organisera la liaison avec les structures d'accueil à la sortie de l'hospitalisation en HAD.

C'est cette définition précise qui s'appliquait à l'équipe infirmière de coordination lors de mes recherches au sein du cadre théorique. La structure a donc choisi ici une appellation différente qui résume mieux la mission spécifique de ce poste.

2. Infirmière de coordination :

« Elle va suivre 15 à 20 patients durant tout leur séjour » et c'est elle qui « organise toute la logistique, les commandes, le plan de soin, la coopération des intervenants, le nombre et les durées de passages etc. »

C'est elle qui va assurer « le suivi de la prise en charge sur la durée, en se déplaçant au domicile des patients une fois par semaine afin de réévaluer l'évolution » de l'état de santé et des besoins du patient.

« Elle va [aussi] centraliser les transmissions des IDE de terrain ». Elle va regrouper toutes les informations de ce suivi afin de faire une réévaluation perpétuelle « du plan de soins et des besoins de passage. »

Si elle l'estime nécessaire c'est également elle qui va demander qu'un staff médical soit organisé pour discuter du dossier du patient : « c'est elle qui estime qui a besoin d'être staffé ».

Cette mission d'IDE de coordination n'avait pas été mis en valeur lors de mes recherches préalables mais représente un élément majeur dans le suivi du patient et des soins qui lui sont prodigués au sein de l'HAD. L'analyse clinique de l'infirmière de coordination prends aussi un autre aspect : celui de regrouper et de centraliser l'ensemble des appréciations de terrain afin d'avoir un regard exhaustif et de pouvoir choisir ou non quant à la nécessité de refaire le point auprès du médecin qui est en charge de ce dossier.

Une des infirmières interrogées résume : « c'est une étape intermédiaire » [Entre les infirmières de terrain et l'équipe médicale].

3. Bureau de permanence des soins :

Il est tenu par « des infirmiers ayant de l'ancienneté et donc de l'expérience au sein de l'HAD. ».

Il va être « une ressource » pour l'IDE de chevet. « Répondre aux problèmes techniques », « aux doutes quant à la façon de faire un soin », mais aussi proposer un avis IDE supplémentaire « je ne sais pas vraiment si je dois appeler le médecin ou pas, vous feriez quoi ?

Enfin, le bureau de soins pourra assurer le soutien psychologique aux équipes de terrain dans le besoin (face à des situations vécues comme difficiles) : « elle m'a demandé comment moi j'allais après ça ».

La planification des interventions (appelées des tournées) est « organisée par le bureau de permanence des soins » en fonction des ressources en personnel « gérées par le cadre de santé ».

Les IDE de chevet font des remontées quant à leurs interventions auprès du patient qui peuvent aboutir à devoir réorganiser les tournées « un nouveau besoin en soin est apparu, une nouvelle surveillance a été mise en place : il faut envoyer quelqu'un ».

C'est aussi le bureau de soin qui se charge de réadapter les interventions : « ils peuvent faire bouger les lignes ».

C'est également un élément qui n'est pas apparu dans mes recherches théoriques et qui pourtant s'avère être d'une grande aide pour l'organisation des activités de soins du service et le soutien des équipes de terrain.

La possibilité de pouvoir contacter un autre infirmier et partager avec lui ses observations, ses évaluations et ses doutes, permet à l'IDE de terrain de pouvoir renforcer l'analyse clinique. On pourrait ici parler d'analyse clinique partagée. C'est un élément que je n'avais pas envisagé et donc abordé lors de mes recherches.

Le résultat de cette analyse clinique partagée étant de faciliter la prise de décision concernant la prise de contact avec l'équipe médicale ou non.

4.4.3 Transmissions :

4.4.3.1 Écrites numériques :

Les 3 infirmières interrogées soulignent l'importance des transmissions écrites. Toutes ont rappelé l'importance de noter tout ce qui est fait au domicile du patient dans ce contexte de soin. « On note tout ce qu'on fait durant notre passage, c'est hyper important », « Heureusement que le monde est assidu dans la tenue des dossiers. », « je regarde tout ce qui a été dit par mes collègues précédentes ». Les infirmières interrogées ont d'ailleurs souligné la facilité d'utilisation du logiciel MobiSoin sur leur téléphone professionnel : « une fois que tu l'as bien pris en main c'est royal, tu trouves rapidement tout ce que tu cherches », « c'est facile à utiliser, j'aime bien ».

Mes recherches avaient retrouvé qu'un service d'hospitalisation à domicile était dans l'obligation légale de fournir un moyen de communication en vue de mettre en place un dossier médical partagé consultable et utilisable par l'ensemble des acteurs de soin impliqués dans la prise en charge du patient. Il semble que ce soit le cas ici.

Ceci est à nuancer car je n'ai pas posé la question de savoir si les intervenants extérieurs au service comme les IDEL par exemple, avaient le même ressenti quant à la facilité d'utilisation du logiciel ou, les concernant, de la tablette patiente.

Je ne sais pas non plus si ces IDEL font des transmissions régulières.

4.4.3.2 Réunion de transmissions :

Les transmissions orales concernent majoritairement celles qui ont lieu au sein du service d'HAD mais s'étendent aussi aux intervenants extérieurs rencontrés sur le terrain et notamment aux équipes de soins des structures visitées d'où proviennent ou résident les patients :

« En arrivant on va systématiquement demander des transmissions auprès des IDE de l'EHPAD ».

Inter équipes :

Deux des infirmières interrogées saluent la mise en place récente de réunions de transmissions entre les roulements d'équipes de chevet. « Heureusement qu'on a de plus en plus de réunion de transmission tous les midis », « 20 min obligatoires tous les midis pour les changements d'équipes ».

Par transposition avec ce qui se déroule en structure hospitalière, ces réunions de transmission permettent à l'équipe du matin de pouvoir souligner des éléments importants quant à ce qui s'est passé durant la matinée, d'alerter ou de prévenir les équipes qui vont suivre quant aux vigilances particulières à adopter comme par exemple d'attacher une importance plus soutenue à la surveillance des éléments ainsi mis en avant.

IDE de chevet / IDE de coordination

Si l'IDE de coordination collecte toutes les informations et les transmissions du dossier, elle est aussi disponible pour recevoir en personne toutes les transmissions jugées utiles des IDE de chevet.

Deux réunions de transmissions sont organisées par semaine pour laisser la possibilité aux IDE de chevet de pouvoir rapporter leurs impressions du terrain.

Une des infirmières souligne l'importance de ces temps de transmission afin d'aider au mieux les IDE coordinatrices à pouvoir adapter les plans de soins.

Une autre parle d'« étape intermédiaire » avant de se mettre en relation avec l'équipe médicale, ce que nous avons déjà détaillé dans l'analyse du poste de coordination.

Même si les entretiens réalisés ne font pas particulièrement ressortir le fait que les infirmiers de terrain contactent fréquemment l'infirmière de coordination mais mon stage au sein du service me permet d'avancer qu'elle reste un interlocuteur important puisqu'elle assure un suivi étroit du patient tout au long de son séjour : « c'est elle qui connaît le mieux le patient ».

Staffs médicaux

Les 3 IDE interrogées rapportent certaines difficultés concernant les staffs médicaux.

Pour 2 d'entre elles la fréquence de ces réunions semble insuffisante : « en tant qu'IDE de chevet nous y assistons qu'une seule fois toutes les 6 semaines » et la pertinence du choix des personnes qui assistent semblent à améliorer : « parfois on est prévu au planning d'un staff alors qu'on n'est même pas de ce secteur-là, on ne connaît pas les patients dont on parle ».

Un des s'interroge quant au choix des dossiers étudiés lors de ces réunions : « on staffe un patient simplement parce qu'il n'a pas été staffé depuis 3 semaines... », « pour moi ça reste flou quand même ».

À ce sujet, l'infirmière ayant occupé le poste de coordination nous explique que c'était elle qui « choisit quels dossiers sont étudiés en fonction des remontées du terrain. » comme cela avait été souligné par la description de son poste assurant le suivi des patients : « je choisis des patients qui ont eu des problématiques dernièrement ».

Mais même pour elle, il lui arrive de se retrouver à devoir expliquer un dossier à des médecins qui ne connaissent pas forcément les cas évoqués : « C'est particulier les staffs en général.

Tu es un peu tout seul, tu déroules ton truc...face à un médecin qui n'a pas forcément connu ce patient... ». Il en résulte que les conclusions et les conseils apportés au cours de ces réunions pourraient être améliorés : « Après ça peut arriver que tu puisses avoir quelques conseils mais bon, ce n'est pas non plus... »

Il faut tout de même nuancer les choses :

« Les staffs en rééducation me semblent beaucoup plus pertinents : passage en revue de tous les patients un à un, tous les professionnels sont présents et connaissent le patient, ils partagent leurs évaluations en fonction de leurs compétences (kiné, ergo, APA...) »

Au total l'impression générale rapportée par ces infirmières est donc mitigée, les contours leur semblent encore flous et elles aimeraient plus de visibilité et de clarté : « le choix des dossiers réétudiés devrait être connu à l'avance comme ça les IDE concernés pourraient s'y rendre. ».

À ce propos il aurait été intéressant d'interroger l'équipe médicale pour comprendre comment se fait la répartition des médecins qui assistent à ces staffs médicaux.

De façon globale à propos de tous les temps de transmissions que l'on vient de développer, l'infirmier ayant travaillé avec l'équipe de nuit souligne le fait que ces différents interlocuteurs (notamment les IDE coordinatrices) ne sont plus présents ni disponibles dès la fin de la journée : « La nuit on est obligé de remplir un peu tous les postes, heureusement qu'il y a une vraie solidarité entre collègues ».

4.4.3.3 Transmissions à distance dans le cadre d'un problème de santé

4.4.3.3.1 Astreintes médicales

L'astreinte médicale est définie par les infirmières interrogées comme la possibilité de pouvoir joindre un médecin par téléphone. Le jour comme la nuit : « 2 médecins (un par secteur) sont disponibles à chaque instant. »

Une des infirmières interrogées estime qu'il est très facile de pouvoir contacter un médecin « peut-être même plus facile qu'à l'hôpital », « si jamais les médecins d'astreinte ne répondent pas, d'autres médecins dans la structure prennent le relais. ».

L'IDE travaillant de nuit nuance en expliquant que seuls les médecins d'astreinte sont susceptibles de répondre la nuit et qu'ils dorment parfois. Le temps de mise en « relation efficace » va donc être allongé par le temps que l'interlocuteur va prendre pour émerger.

4.4.4 La communication médecin/IDE :

4.4.4.1 Les circonstances d'appel :

On peut noter une certaine ambivalence quand on analyse les réponses des infirmiers interrogés en ce qui concerne les circonstances de leurs appels mais aussi leur facilité à appeler l'astreinte médicale. D'un côté les infirmières mentionnent que le médecin de l'HAD est leur premier interlocuteur en cas de problème médical et qu'il est toujours facile à contacter : « On appelle pour tout ce qui concerne les changements de l'état de santé des patients, et qui plus est dès qu'on sait qu'il va nous falloir une nouvelle prescription. », « Tu peux toujours appeler quelqu'un, ça vient même assez instinctivement quand tu es face à une difficulté. », « le médecin nous aiguille et nous dit quoi faire », « "Tu as un doute, tu appelles quand même"

“C'est une leçon. "Toujours, appeler plus que pas assez", au moindre doute bien sûr, pas inutilement. »

De l'autre, il ressort des témoignages une certaine appréhension à appeler : « C'est compliqué par ce qu'on sait qu'il faut prendre les bonnes décisions mais on sait aussi qu'il ne faut pas trop appeler le médecin quand il n'y a pas forcément besoin de l'appeler...Ça peut vite être stressant. », « J'avoue que j'avais quand même une appréhension à appeler. Parce que je n'aime pas déranger. Ils ont une grosse pression avec énormément d'appels. Parfois ils sont complètement saturés, oui ce n'est pas simple pour eux non plus. ».

Lorsque ce n'est pas de l'appréhension c'est un raisonnement conscient et assumé qui les pousse à retarder cet appel : « La première question que je me pose c'est : est-ce que je peux intervenir sans avoir à appeler pour l'instant le médecin ? », « Ils prévoient des prescriptions anticipées justement pour qu'on n'ait pas non plus tout le temps à les appeler, pour par exemple : la moindre hyperthermie, un encombrement léger... », « La nuit : les protocoles de soins ont été fait justement pour qu'on ait moins à devoir appeler les médecins. Donc, on ne les appelle vraiment qu'en cas d'urgence »

4.4.4.2 Standardisation des communications :

Je n'ai pas posé de questions détaillées au sujet des méthodes utilisées pour les transmissions auprès de l'équipe médicale, ma question était « comment communique-tu ton analyse de la situation au médecin ? », les réponses étant : « Je lui dresse le tableau clinique », « je lui ai décrit toute la situation », « Je ne suis pas forcément de plan non, rien de prédéfini ».

Spontanément l'une des infirmières interrogées a développé la façon dont elle transmettait ses informations à l'équipe médicale en mentionnant suivre un plan et une méthode : « J'essayais de suivre une organisation, un plan : de qui on parle, qu'est-ce qu'il a comme pathologie, qu'est-ce qu'il prend... Au début non, je ne faisais pas vraiment ça mais après je m'y suis mise parce qu'ils posent des questions... j'essayais de bien calibrer pour que l'appel porte ses fruits. ».

Cette façon de procéder est à rapprocher à la méthode SAED présentée rapidement dans le cadre théorique. Certains objectifs de cette méthode se retrouvent dans le témoignage de la soignante : structurer la communication dans l'intention d'améliorer les résultats obtenus »

4.4.4.3 Réponses et résultats obtenus par ces appels

L'ensemble des IDE interrogés rapporte le même type de témoignage : « Je pense qu'on s'est toujours compris, je n'ai pas eu trop de soucis particuliers pour les comprendre et moi pour me faire comprendre, on a toujours réussi à trouver une solution. », « Dans l'ensemble j'ai eu l'impression de toujours pouvoir exprimer mon analyse, d'avoir pu la transmettre, qu'elle a été écoutée »

En ce qui concerne les résultats obtenus, ils diffèrent bien sûr d'une situation à l'autre mais on peut les résumer ainsi : « On arrive à trouver ensemble toutes les solutions possibles. », « Les médecins nous aiguillent et nous disent ce qu'il faut faire, et nous on agit. »

4.4.5 La relation de confiance médecin/IDE

À la question ouverte : « D'un point de vue général comment qualifieriez-vous votre relation avec les médecins du service ? » Les IDE interrogés ont spontanément décrit de bonnes relations : « Ça se passe globalement bien, on est dans l'entraide ». Ils nuancent tout de même en précisant que cela dépend des personnalités de chacun : « Ça dépend des médecins », « Certains qui sont vraiment adorables, certains médecins qui vont être un peu plus piquants », « Il y a des approches de médecins qui sont plus agréables que d'autres. C'est variable en fonction des personnalités ».

Une des infirmières va plus loin en exprimant le fait que cela pourrait avoir des conséquences sur l'efficacité de la collaboration : « Quelqu'un qui est un peu speed et qui peut s'agacer rapidement, ça va être contre-productif de toute façon. ».

Un seul des soignants interrogés a mentionné l'impression d'un rapport hiérarchique sans que celui-ci ne soit très marqué : « Il y a cette hiérarchisation du médecin par rapport à l'infirmier. », « Chez certains médecins ça va très bien le faire, ils vont se mettre à notre échelle, d'autres vont jouer de cette échelle un peu plus haute dans la hiérarchisation. »

Tous rapportent une relation de confiance potentiellement renforcée par ce contexte de soins : « Le médecin va te faire énormément confiance puisque c'est toi qui vois la patiente, qui l'a en face de toi. », « tout se fait par téléphone, c'est dire la place qu'a l'infirmière dans ce genre de structure ».

4.4.5.1 Freins et leviers de cette relation de confiance et de collaboration

4.4.5.1.1 Disponibilité et fiabilité :

Nous l'avons déjà évoqué mais les témoignages rapportent à la fois une grande disponibilité : « L'astreinte tu peux l'appeler jour, nuit, week-end. », « Durant toute cette situation, le médecin est resté très joignable. », « Toujours un médecin de bureau qui est disponible pour nous répondre en cas de problème, « Je trouve qu'ils sont plus disponibles que dans un service plus classique », mais aussi une certaine appréhension à appeler : « Ils ont des dizaines et des dizaines d'appels. », « Je t'avoue que j'avais quand même une appréhension à appeler, parce que je n'aime pas déranger », « J'essayais vraiment de bien calibrer avant l'appel pour que ça porte ses fruits. Pour qu'on se comprenne bien et qu'on ne perde pas de temps. Ni eux ni moi, ni le patient. »

4.4.5.1.2 Compréhension réciproque :

Il apparaît de ces témoignages que l'ensemble des IDE reçoivent une même formation à leur intégration dans le service ce qui permet de s'assurer de la création d'un socle commun de connaissances techniques. D'ailleurs les protocoles de tous les soins techniques sont disponibles sur leur intranet et distribués dans une pochette à tous les nouveaux arrivants.

Dans les situations cliniques rapportées, les IDE utilisent un vocabulaire médical et une terminologie technique partagés par leur interlocuteur médecin : « une hyperthermie à 38 » « il désaturait à 75 », s'ajoute à cela un certain nombre de protocoles de soins préétablis : « dans les situations de soins palliatifs, il y a tout un tas de signes cliniques à surveiller ».

L'ensemble de ces éléments nous laisse à penser que toutes les conditions sont réunies pour qu'une compréhension réciproque entre l'infirmier et le médecin puisse s'établir lors de leurs échanges. Cela est résumé par l'une des infirmières interrogées : « « Je pense qu'on s'est toujours compris, je n'ai pas eu trop de soucis particuliers pour les comprendre et moi pour me faire comprendre ».

La compréhension réciproque englobe aussi la capacité à se mettre à la place de l'autre ce qui nous ramène à la définition de l'empathie. Cette valeur transparaît dans les témoignages des soignants interrogés à propos de la relation médecin/infirmier : « D'autres médecins vont quand même être beaucoup plus abordables, ils vont comprendre [qu'on fait ce qu'on peut mais que là ce n'est pas possible], « [À propos d'un médecin venant d'arriver en HAD] : c'est comme tout le monde, petit à petit il affine et il progresse. Il faut un temps d'adaptation. », de l'IDE vis-à-vis du médecin :

« Quand ils sont d'astreinte, ils font comme nous : ils dorment en se tenant prêt à intervenir s'ils sont appelés. Quand on les appelle il faut quand même leur laisser le temps d'émerger. »

Comprendre l'autre, comprendre ses dires et comprendre ce qu'il traverse et ce qu'il vit sont des éléments qui soutiennent la relation de confiance et la collaboration entre l'infirmier et le médecin.

4.4.5.1.3 Reconnaissance mutuelle de légitimité :

Les infirmières interrogées soulignent l'importance de l'aide que leur apportent les médecins : « il y a toujours quelqu'un pour nous aider », « ils nous aiguillent et nous disent quoi faire », cela concerne aussi bien la marche à suivre sur le plan thérapeutique ou technique : « on va faire un bolus de Midazolam », « on a décidé qu'on devait aspirer la patiente, enfin j'ai dû aspirer la patient », que sur le plan pratique et logistique : « bon il n'y en a pas alors on va faire autrement, on va essayer de mettre les PCA en place plus rapidement... ».

Deux des IDE nous rapportent un sentiment de reconnaissance de leur propre légitimité aux yeux de l'équipe médicale : « Dans l'ensemble j'ai eu l'impression de toujours pouvoir exprimer mon analyse, d'avoir pu la transmettre, qu'elle a été écoutée », « On arrive à se comprendre, on arrive de plus en plus à dire des choses, à se faire respecter dans nos évaluations et nos décisions, dans ce qu'on peut apporter. »

Ce dernier point est à nuancer par les propos tenus par l'un d'eux : « Moi-même, au bout d'un an, je ne me sens pas encore totalement légitime dans mon poste » ses valeurs soignantes, de modestie peut-être, mais en tout cas de poursuite de l'excellence par la volonté de se perfectionner sans cesse, se retrouvant un peu plus loin dans son discours : « Je sais qu'il y a encore plein de choses à apprendre, on continue à apprendre tout le temps, on en apprendra tous les jours, j'en suis sûr »

4.4.5.1.4 Résolution constructive des « problèmes ou désaccords »

Les IDE interrogés nous rapportent des situations dans lesquelles la décision médicale qui est prise ne leur semblent pas en adéquation avec la situation qu'ils vivent sur le terrain : « Parfois on peut s'étonner des décisions qui sont prises par les médecins ».

Même si ces situations sont exceptionnelles elles permettent d'analyser quelles sont les stratégies que vont mettre en place l'infirmier et le médecin pour résoudre ensemble ce problème ou cette incompréhension : « elle avait prescrit du Scoburen, mais au bout d'un moment ces injections ponctuelles ne fonctionnaient [ne suffisaient plus]. Est-ce qu'on ne pourrait pas mettre une PSE [de diurétiques] ? », à propos de prescriptions de perfuser alors que le patient est agité : « Pourquoi ne pas trouver une alternative justement avec un traitement perOs ? moi j'étais pour qu'on arrête d'embêter le patient et pour réévaluer ça plutôt demain quand il serait plus apaisé. Il n'y a aucun intérêt à ce que j'essaie de le reperfuser une 5^{ème} fois, il continuera à arracher sa perfusion et chacun de mes passages et tentatives de reperfuser augmentent l'agitation et l'inconfort de ce patient. [...] Le médecin a finalement accepté de mettre le traitement en PerOs jusqu'au lendemain. ».

On constate ici que l'apparition d'un « problème » ou d'un « désaccord » peut amener l'infirmier à être force de proposition et suggérer de nouvelles solutions parfois retenues par le médecin : « Parfois ça arrive qu'on aiguille un peu... il accepte ou pas »

Si la résolution du « désaccord » ne passe pas d'emblée par une tentative de solution alternative, l'infirmier devra appliquer l'ordre de prescription : « Quelquefois, on n'est pas forcément totalement

d'accord avec ça, mais après on n'a pas le choix, on doit écouter nos prescriptions médicales et les avis médicaux même si ça ne nous paraît pas toujours complètement cohérent [compréhensible]. »

Ces moments sont aussi l'occasion d'instaurer un dialogue à distance : « on en reparle le lendemain, on voit ça avec lui... on le rappelle, on lui envoie un message et puis après en revoyant la situation ensemble... on comprend mieux le pourquoi du comment l'un et l'autre. »

Ces différents éléments : l'interrogation du sens du soin, les nouvelles propositions de la part de l'infirmier au plus près du patient, et l'instauration d'un dialogue dans un second temps, permettent une résolution constructive des situations d'incompréhension ou de « désaccord » et viennent donc soutenir la relation de confiance qui peut s'instaurer au sein du binôme médecin/IDE.

Par opposition, il faut noter ici le résumé de la situation que l'infirmière de liaison a accepté de partager :

[À propos d'une évaluation anticipée réalisée seule par l'IDE de liaison] :

Le personnel infirmier du service où était le patient me donne un énorme dossier.

Moi je ne suis pas médecin non plus, et je n'avais pas le temps de me pencher sur tout le dossier.

Je me suis sentie un peu submergée, j'avoue.

J'ai conclu que le patient rentrait dans les critères d'admission, le médecin a validé les choses.

Mais après coup, après que le médecin ait étudié le dossier, elle m'a dit « ça ne va pas du tout, ce n'est pas la bonne antibiothérapie que reçoit ce patient...il faut vite lui mettre un picline...».

Elle a commencé à s'agacer, bon... c'était sa façon d'être mais ce n'était pas agréable.

J'étais un peu surprise, il venait de sortir de l'hôpital.

Moi j'avais l'impression d'avoir vraiment mal fait mon taf, c'était affreux, je ne sentais pas bien.

Je me suis dit que j'étais passée à coup de quelque chose peut-être ? Surement oui.

Je ne l'ai vraiment pas bien vécu.

Le lendemain elle est venue s'excuser mais bon...enfin ce n'était pas agréable du tout.

Cette situation résume à elle seule beaucoup des points que nous avons étudiés ou que j'ai voulu souligner jusqu'à présent :

L'importance des transmissions directes et de la capacité de synthèse face à l'ampleur du dossier papier, la pression temporelle qui peut s'exercer dans les faits, la relative solitude dans cette situation où seule la personne en face du dossier on peut réellement agir ou décider, l'analyse et le jugement clinique de l'infirmière qui peut concerner un large panel de domaine : ici les critères d'admission de la structure d'HAD.

Les propos de l'infirmière nous permettent de percevoir ses valeurs soignantes : elle partage un grand sens des responsabilités, remet en cause ses capacités, perçoit qu'une partie des reproches qui lui sont faites dépendent de la personnalité du médecin.

La relation médecin/IDE s'avère ici compliquée, les reproches qui sont faits à l'infirmière ne dépendent pas de son domaine de compétence (choix de l'antibiothérapie).

4.4.5.1.5 Connaissance mutuelle et expériences partagées

À la question : qu'est-ce qui selon vous pourrait améliorer cette la relation de confiance au sein du binôme médecin/IDE ? tous ont répondu qu'une rencontre physique et une connaissance mutuelle pourraient améliorer les choses : « C'était un peu malaisant, les avoir au téléphone pendant un an et ne pas savoir qui ils sont physiquement, je trouvais ça très gênant. », « Donner et recevoir des ordres par téléphone à ou de quelqu'un qu'on ne connaît pas... dont on ne sait pas forcément à quoi il ressemble... je trouve ça quand même très abstrait. ».

Les deux infirmières ayant d'ailleurs occupé des postes alternatifs à celui de chevet (coordination et liaison) expriment toutes les deux que leurs relations auprès des médecins ont changé à partir du moment où elles ont pu travailler côte à côte et sur le même étage qu'eux : « Maintenant que j'ai fait du chevet puis de la coordination, ça a évolué, maintenant je les connais », « En liaison j'ai pu enfin mettre des visages sur les noms. ». La relation de confiance semble donc aussi dépendre de cette proximité physique.

L'un des infirmiers interrogés explique que la distance physique qu'il perçoit aujourd'hui a fait suite à l'ampleur de la croissance du service « On était peut-être plus dans l'entraide avant parce qu'on se connaissait plus, on se connaissait tous. », « c'est compliqué, on doit être une centaine d'IDE et eux sont 8 ou 9 médecins. Mais on ne les connaît que par téléphone, tout se fait en distanciel. ».

Sur ces sujets les soignants proposent des pistes de solutions : pour ce qui concerne le distanciel : « Pourquoi ne pas faire des Visio ? », pour le quotidien : « Être plus proche physiquement de nos médecins, les voir plus souvent, qu'ils viennent nous voir plus souvent en bas [étage des IDE de chevet, du bureau de soin...]. Nouer une relation, parler de tout et de rien, enfin renforcer la cohésion pour renforcer cette collaboration. », « Il devrait y avoir une présentation assez régulière des médecins, pouvoir les rencontrer physiquement. Après on est tellement nombreux qu'ils ne peuvent pas tous nous connaître personnellement. ».

Un des infirmiers note les efforts réalisés par l'équipe de direction : « Il y a bien des soirées de cohésion organisées par la direction, on essaye quand même de tous plus ou moins se mélanger mais ça reste un peu sectorisé : les chevets avec les chevets, les référentes entre elles, les médecins entre eux. »

Concernant la relation de travail : « La grosse difficulté à l'HAD, c'est que les médecins ne se déplacent jamais voir les patients à leur domicile. », « Qu'ils viennent nous voir sur le chevet. Faire des suivis IDE/médecin, y aller en binôme, comme ça au moins on peut se rencontrer et eux aussi ça leur permettrait de connaître les infirmiers et voir ce qu'on fait au domicile. »

4.4.5.1.6 Responsabilité partagée

À la question qu'est-ce que la responsabilité partagée vous évoque ? l'un des infirmiers interrogés nous résume très bien certains des points que nous avons mis en évidence lors de nos recherches théoriques :

« En tant qu'infirmier on a la responsabilité de faire les meilleurs soins, de donner les bonnes informations, de vraiment faire notre surveillance clinique le mieux possible pour pouvoir rapporter les bonnes informations au médecin qui lui est obligé de nous faire confiance parce qu'il n'a pas trop d'autre choix possible à distance. Donc on est responsable envers tout ça et envers lui. [...] Le médecin lui, a la responsabilité de prescrire les bons traitements, les examens, les conduites à tenir [...] S'il y a une mauvaise analyse clinique de notre part, le médecin aura une mauvaise appréciation de la situation, son jugement sera erroné, il prescrira les mauvais traitements... Et ensemble, [médecin et infirmier] on a la responsabilité commune de bien prendre en charge le patient. ».

On retrouve ici l'ensemble des obligations déontologiques de l'Article R.4312-29 du code de santé publique exprimées autrement par les mots de l'infirmier interrogé.

Une autre infirmière évoque même une répartition chiffrée de cette responsabilité partagée : « On doit relayer les informations, on doit bien relayer, les bonnes informations, sinon le médecin il ne peut pas bien prendre en charge les patients : C'est un peu 50/50 ».

La notion de responsabilité partagée transparaît aussi à d'autres moments de ces entretiens : « La grosse difficulté à l'HAD, c'est que les médecins ne se déplacent jamais voir les patients à leur domicile. Ici tout se fait par téléphone, c'est dire la place de l'infirmière au sein de l'HAD, toute la responsabilité qu'elle a et l'importance de sa façon d'apprécier les choses. ».

Enfin elle se retrouve aussi dans : « Aux temps de transmissions tous les midis [réunions des roulements d'équipe] il n'y a pas de médecin par contre. Mais ça viendra je pense. ». Ici l'infirmière s'implique dans la prise en charge globale du patient en proposant indirectement des pistes d'amélioration possible de l'organisation du service lui-même (responsable lui aussi de la bonne prise en soin du patient) et ici des temps de transmissions partagés.

5 DISCUSSION

Ce travail de fin d'études a permis de faire cheminer ma pensée et ma réflexion soignante.

Nous arrivons ici à la dernière étape de cette recherche autour de la question :

Dans quelle mesure l'analyse clinique infirmière contribue-t-elle, en collaboration avec l'équipe médicale, à améliorer le prendre soin d'un patient pris en charge par un service d'hospitalisation à domicile ?

De manière générale nous nous apercevons que la mise en relation entre notre cadre théorique et les propos recueillis auprès des professionnels de santé interrogés est assez cohérente. Il faut toutefois noter qu'un certain nombre de points ayant été développées dans la partie recherche n'ont pas été exploités lors des entretiens et n'ont finalement d'intérêt dans cette étude qu'à titre personnel.

La prise en soin des patients est globalement définie par l'ensemble des soignants interrogés comme une façon d'être, une approche globale du patient et de son environnement, une rencontre et une relation où l'ensemble des valeurs soignantes sont mises au profit du bien-être du patient et de son entourage.

La question des spécificités de ce contexte de soins à distance concernant la pratique infirmière nous avait amené à penser au cours de nos recherches que l'autonomie (requalifiée à juste titre par les soignants interrogés comme isolement) aurait pu être un poids ou une difficulté pour ces infirmières se retrouvant seules face aux patients.

Ces témoignages nous rapportent tout autre chose : des outils de communication adaptés, une grande solidarité interprofessionnelle, une prise en charge partagée.

L'empathie et le sens des responsabilités que nous montrent à voir ces soignants interrogés les poussent à s'inquiéter non pas quant à leurs connaissances et leurs capacités individuelles à réaliser une analyse clinique mais bien de savoir l'exploiter, la transmettre et en tirer un avantage pour le patient abordé dans sa globalité et tout au long de son parcours de soin.

C'est ce qui nous a amené à détailler la place du suivi au sein de l'organisation du service.

Sur ce point c'est bien toute l'organisation du service d'HAD qui a été réfléchi pour assurer en équipe la surveillance de l'évolution au cours du temps et donc du suivi du patient.

Nos recherches avaient minimisé l'importance du rôle de de travail en équipe et de la place prépondérante de l'équipe infirmière de coordination.

Devant un nouveau problème, les infirmières de chevet vont travailler en collaboration au lit du patient en mettant en place de nouvelles surveillances pérennisées par les intervenantes suivantes. Lorsque le problème paraît inquiétant le jugement clinique amène l'infirmière à se mettre en relation avec le

médecin mais si celle-ci a des doutes sur la décision à prendre elle peut d'abord contacter le bureau de permanence des soins : l'analyse clinique infirmière est alors renforcée par un second avis, le jugement clinique obtenu a plus de poids, la décision à prendre est facilitée.

Le service a également organisé ses équipes en spécialisant les rôles de ses équipes infirmières de coordination :

L'infirmière de liaison chargée de faire le lien entre les professionnels de santé en amont et en aval du séjour du patient en HAD

L'infirmière référente qui assure le suivi rapproché du patient, organise et réévalue la prise en charge partagée pluridisciplinaire, adapte le plan de soin.

En mettant en place des temps de transmission les infirmiers de chevet peuvent faire remonter leurs observations de terrain vers cette infirmière référente. Celle-ci elle centralise les analyses de chacune et en tire les conclusions quant à la nécessité de réétudier le dossier du patient en staff médical.

Ainsi, la question de départ aurait dû être au pluriel : dans quelle mesure les analyses cliniques infirmières contribuent-elles... chacun des postes IDE (de chevet, de liaison, référente) jouant un rôle précis mais complémentaire, partageant leurs analyses au service du patient en vue d'améliorer sa prise en soin.

Ces témoignages rapportent dans l'ensemble un lien fonctionnel étroit et efficace entre les infirmières et les médecins praticiens en HAD. Ils sont leurs principaux interlocuteurs médicaux, le rôle du médecin traitant étant relayé relativement au second plan contrairement à ce que nos recherches nous avez laissé présupposer.

Interroger la collaboration avec l'équipe médicale s'est concentrée, lors de nos entretiens, à étudier plus en détails les facteurs humains au sein de la relation médecin infirmier.

Comme dans toute relation humaine les facteurs individuels jouent un rôle important : la personnalité et le caractère de chacun peuvent favoriser ou compliquer les résultats obtenus/espérés.

Le contexte de soins à distance semble aussi avoir un impact particulier sur cette relation : l'ensemble des soignants interrogés regrettant ne pas suffisamment connaître les médecins avec qui ils travaillent.

Dans un souci de créer une relation de confiance permettant une meilleure collaboration tous ces soignants nous proposent des pistes pour améliorer les choses, par exemple : réaliser des communications par Visio plutôt que par téléphone, partager des moments de convivialité en dehors des soins, apprendre à se connaître.

Un autre point ressort de ces entretiens de façon unanime et paraît important : le fait de partager un suivi au chevet du patient en créant des visites en binôme avec le médecin.

Un grand sens des responsabilités transparait dans ces témoignages et nous a amené à discuter de la responsabilité partagée entre le médecin et l'infirmier.

S'il s'avère que nous n'avons pas abordé les questions légales comme nous l'avions fait dans la partie théorique il n'en reste pas moins que cette obligation morale paraît claire pour l'ensemble des soignants interrogés : être responsable de son analyse clinique infirmière, mettre tout en œuvre pour transmettre un examen physique complet et pertinent afin de permettre aux médecins d'être en mesure de prendre les meilleures décisions au service du patient.

De façon générale, les analyses cliniques infirmières semblent donc écoutées et prises en considération par l'équipe médicale, les moyens de communication et la transmission effective des informations semblent bien fonctionner au sein du service.

La structure de l'HAD semble pensée et réfléchi dans une organisation de concertation de ses effectifs (création de sous-secteurs géographique où chaque soignant est amené à pouvoir suivre les patients) et de stratification de ses moyens (création de postes IDE spécialisés aux missions différentes mais complémentaires).

L'objectif commun étant d'assurer un meilleur suivi et une meilleure prise en soin pluridisciplinaires des patients.

Il n'en reste pas moins que certaines questions nécessitent peut-être une vigilance particulière :
Comment permettre une meilleure lisibilité pour les infirmiers de chevet quant à l'organisation des staffs médicaux ? (Être en mesure de s'organiser pour assister à ceux qui les concerne)
Comment améliorer l'organisation des staffs médicaux afin de permettre à l'ensemble des acteurs présents d'être en mesure d'apporter leur expertise ? (Certains des acteurs, notamment médicaux n'étant pas ceux qui suivent ces dossiers)

Ensuite, s'il est vrai que l'ensemble des soignants interrogés nous rapporte une facilité de mise en contact avec le médecin, une grande disponibilité de leur part, il s'avère parfois, au regard de leurs témoignages qu'il reste certaines hésitations à les contacter.

L'une des raisons évoquées semble conjoncturelle : le rapport entre le nombre médecin et le nombre d'infirmier étant ici estimé à 1/10. Les soignant interrogés nous rapportant leur volonté de ne pas déranger sachant les médecins parfois débordés.

Or le contexte national de croissance du nombre de patient évoqué dans notre recherche et son déséquilibre vis-à-vis de la croissance du nombre de soignant formés (plus particulièrement du nombre de futurs médecins) semble indiquer que cette conjoncture va continuer de s'aggraver : les ratios du nombre de soignant par patients et du nombre de médecin par infirmiers vont probablement continuer d'augmenter.

C'est donc un défi qui est lancé à l'ensemble du système de santé

Ce qui ressort de nos témoignages c'est que les soignants mettent donc en place des stratégies pour faire face à ce problème : l'utilisation des protocoles de soins et des prescriptions anticipées.

Si cela augmente le pouvoir de décision d'agir en autonomie de l'infirmier cela soulève aussi d'autres interrogations :

Comment s'assurer de la clarté et de la bonne visibilité des indications de ces stratégies alternatives afin de réduire les risques d'interprétation erronées des circonstances d'emploi aboutissant à des erreurs d'utilisation potentielles.

Finalement, tous les IDE sont-ils à l'aise avec leur utilisation ? ou faudrait-il prévoir des formations complémentaires à ce sujet ?

Toutes ces questions m'intéressent et pourraient faire l'objet d'un travail de recherche supplémentaire.

Enfin et potentiellement en lien à ce rapport déséquilibré entre le nombre de médecins et le nombre d'infirmiers, la spécialisation des rôles de l'infirmière au sein de la structure d'HAD a permis la création du poste d'infirmier de liaison.

Grâce au témoignage qui nous a été confié et qui m'a particulièrement marqué nous découvrons que les nouvelles missions de l'infirmière de liaison l'amènent parfois à étendre son analyse clinique jusqu'au jugement de la validité ou non des critères d'admission dans le service des patients qu'elle rencontre (pouvoir historiquement dévolu aux médecins prescripteurs).

Il faudra donc veiller à protéger l'ensemble des acteurs de tout risque de glissement de tâches dans un esprit de responsabilité partagée, afin que chacun puisse se consacrer au mieux à son domaine de compétence.

6 CONCLUSION

Me voici aujourd'hui rendu à la conclusion de ce travail d'initiation à la recherche et ce n'est pas sans une grande émotion que j'ai écrit ces dernières lignes d'un projet qui est a été très difficile de mener. À de nombreuses reprises j'ai voulu abandonner. C'est grâce à la persévérance de ma référente de mémoire et de mon entourage que j'ai pu continuer et arriver au bout de ce travail.

6.1 Réflexions personnelles

Ces quelques mois de recherche ont été éprouvants pour moi.

La taille finale du document que je présente ici, loin de respecter les impératifs demandés, représente à elle seule l'ampleur des difficultés que j'ai pu rencontrer.

Je tiens d'ailleurs ici à vous remercier, vous lecteur, pour votre patience et votre courage d'avoir feuilleté ces pages.

La quantité, loin d'être synonyme de qualité, m'a permis de réaliser à quel point l'esprit de synthèse et de hiérarchisation des idées était difficile pour moi.

Pourtant initié, lors de ma formation médicale antérieure, à plusieurs années d'analyse critique d'article, j'ai découvert ici à quel point il était difficile de passer de l'autre côté de la barrière en écrivant ce document.

La compréhension de la méthodologie à respecter m'a pris autant de temps que la recherche en elle-même et dans les deux cas je ne suis toujours pas sûr d'avoir fourni un travail cohérent.

Il a fallu déconstruire ce que je pensais savoir, mes représentations, pour tenter autre chose.

L'une des professeurs de notre IFSI nous dit régulièrement que « pour apprendre de nouvelles choses il faut sortir de sa zone de confort », je crois que la situation est très bien schématisée ici.

Loin des articles scientifiques et des essais cliniques que j'avais l'habitude d'étudier, il a fallu pour moi découvrir les livres et les articles en sciences humaines avec leurs codes et leurs normes.

Si la quantité d'informations réunies ici n'est pas synonyme de qualité elle est malgré tout représentative du temps que j'ai pu passer dans ce travail de recherche et de l'intérêt qu'il a su susciter chez moi. Représentative aussi, il faut l'avouer, de mon obstination.

Ainsi ce travail m'a permis d'apprendre de nouvelles choses sur moi-même *nosce te ipsum* (Socrate Vème s. avant J.C.)

6.2 Projections professionnelles

Au terme de ce mémoire il est temps de revenir sur mes interrogations de départ et sur les pistes de réponses que ce travail m'a permis d'obtenir.

Mon parcours universitaire atypique m'a amené à interroger ma future posture professionnelle.

Si cela n'apparaît pas clairement dans les pages de ce mémoire, une des premières questions que je me suis réellement posée concernait ma propre légitimité.

L'impression d'avoir toujours un pied dans les études médicales, l'autre pied bel et bien ancré dans les études infirmières : c'est le déséquilibre assuré ? Pas si sûr.

Il est probablement assez fréquent pour les étudiants arrivant à la fin de leur cursus de formation initiale, d'exprimer des doutes et les incertitudes concernant leur future prise de poste.

Sur ce point, toutes mes recherches documentaires m'ont permis de mieux comprendre l'organisation du service d'HAD et pouvoir envisager plus sereinement d'y débiter ma carrière. Les pistes de réponses de ce travail de fin d'études m'ont permis d'être rassuré : la place de l'infirmière, ses missions et son analyse clinique s'inscrivent bel et bien dans un travail en collaboration avec le médecin, épaulée de près par ses paires dont elle partage les valeurs soignantes.

Dans une société qui évolue rapidement, où les rôles qui étaient assignés à chacun selon son sexe ou son statut social sont désormais bouleversés, où la position des patients comme acteurs de leur santé s'affirme de mieux en mieux, où les contextes de soins se diversifient et où la place du monde médical, lui aussi confronté à des tensions et des incertitudes, change également, la meilleure boussole reste l'entraide au sein des équipes soignantes, la formation tout au long de la vie et la réflexion propre.

Pour conclure, mes derniers mots seront empruntés à Jean-Marc Tremblay, philosophe canadien :

« La connaissance n'est pas donnée une fois pour toutes de l'extérieur mais provient d'une relation entre soi, l'autre et le monde » (Tremblay 1995)

7 BIBLIOGRAPHIE

7.1 Livres

Walter Hesbeen. (2009). *Dire et écrire la pratique soignante du quotidien. Révéler la quête du sens du soin.* Seli Arslan éd.

Ali Aït Abdelmalek et Jean-Louis Gérard. (2001). *Manuel à l'usage des professionnels de santé-Sciences humaines et Soins.* Masson éd.

Wittorski R.(2005). *Formation, travail et professionnalisation.*L'Harmattan éd.

Richard Cook. (2002) *How Complex Systems Fail.* Bogner ed.

Christophe Dejours. (1998). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale.* Seuil ed

7.2 Articles

Katia Malaret.(12/12/2014).Ouest-France
https://rennes.maville.com/actu/actudet_-ille-et-vilaine.-l-hopital-a-domicile-outil-au-service-des-patients_52674-2677665_actu.Htm

Angélique Sentilhes-Monkam.(01/03/2010). *Rétrospective de l'hospitalisation à domicile*
Cairn.info
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-3-page-157.htm?contenu=auteurs>

Ljiljana Jovic, Didier Lecordier. (07/05/2021). *La clinique infirmière : manière singulière de penser et d'agir dans le champ de la santé.*
Cairn.info
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2021-1-page-87.htm>

Maud Hatano-Chalvidan. (01/12/2016) *Interdisciplinarité et interprofessionnalité : proximité sémantique coïncidente ou construction d'un nouveau modèle d'activité ?*
Cairn.info
<https://www.cairn.info/revue-forum-2016-2-page-8.htm>

René Amalberti. (09/05/2016). *Je pratique le SAED, et vous ?*
La Prévention médicale
<https://www.prevention-medicale.org/formations-outils-et-methodes/methodes-de-prevention/Approche-par-processus/sbar>

Jean-Marie Vauchez (12/02/2015), *Autonome vs indépendant*
Vie sociale et traitements (N° 126), pages 128 à 129

7.3 Textes officiels

Légifrance.Code de la santé publique-section 15.(01/06/2023).
Activité d'hospitalisation à domicile (Art. R6123-139 à R6123-148)
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000044940816/2023-06-01>

Légifrance.Code de la santé Publique-Section 6
Etablissements, services ou organismes ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (Art. R5126-105 à R5123-112) >Art. 5123-110
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038597095

7.4 Documents électroniques

Service-public.fr.(01/06/2023)
Hospitalisation à domicile (HAD)
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F732>

Santé.gouv.fr.(03/01/2023)
L'hospitalisation à domicile
<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>

FNEHAD
Qu'est-ce que l'HAD ?
<https://www.fnehad.fr/quest-ce-que-lhad/>

Agence Régionale de santé.(06/02/2018)
Hospitalisation à domicile : un essor important en 10 ans
<https://www.ars.sante.fr/hospitalisation-domicile-un-essor-important-en-10-ans>

Drees .(03/07/2020)
Les établissements de santé -Edition 2020-
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2020>

Drees.(12/2017)
Dix ans d'hospitalisation à domicile 2006-2016
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd23_dix_ans_d_hospitalisation_a_domicile_2006_2016.pdf

Ministère du Travail, de la santé et de la solidarité.(03/01/2023)
L'hospitalisation à domicile
<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. (10/2021)
Chiffres-clés hospitalisation 2020 – Hospitalisation à domicile (HAD)
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/atih_chiffres_cle_s_had_2020.pdf

Drees Fiche 14.(07/2022)

Les établissements d'hospitalisation à domicile

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/Fiche%2014%20-%20Les%20%C3%A9tablissements%20d%E2%80%99hospitalisation%20%C3%A0%20domicile.pdf>

Ministère des Solidarités et de la Santé.(01/05/2022)

HAD feuille de route 2021-2026

<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille-de-route-had-2022-05-01.pdf>

Ministère des Solidarités et de la Santé.(12/2021)

Hospitalisation à domicile -une feuille de route pour 2021-2026

<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/had-synthese.pdf>

FNEHAD.(02/04/2022)

Publication des décrets relatifs aux autorisations d'activité de soins d'HAD

<https://www.fnehad.fr/2022/02/04/publication-des-decrets-relatifs-aux-autorisations-dactivite-de-soins-dhad/>

FNEHAD.(01/2023)

L'hôpital de demain sera le domicile -rapport d'activité 2021-2022

https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2023/01/FNEHAD_RA21-22_web_pl.pdf

SCAN-SANTE (Mise à jour régulière)

Statistiques HAD par mode de prise en charge

<https://www.scansante.fr/applications/statistiques-activite-HAD>

FNEHAD

Les métiers de l'HAD

<https://www.fnehad.fr/les-metiers-de-lhad/>

Documentation du SNDS et SNDS OMOP.(09/12/2022)

T2A tarification à l'activité

<https://documentation-snds.health-data-hub.fr/snds/glossaire/t2a.html>

Documentation du SNDS et SNDS OMOP (26/02/2024)

Valorisation de l'activité HAD dans le PMSI

https://documentation-snds.health-data-hub.fr/snds/fiches/valorisation_had.html#requetes-type

ATIH.(16/10/2023)

Présentation nouvelle classification HAD

<https://www.atih.sante.fr/presentation-nouvelle-classification-had-0>

Drees. (10/2006)

Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dter64.pdf>

FNEHAD.(06/2022)

Les transmissions ciblées en HAD

<https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2022/06/Universites-ete-2022-FNEHAD-transmissions-ciblees-en-HAD47.pdf>

Haute Autorité de santé

Développement Personnel Continu (DPC)

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3019319/fr/developpement-professionnel-continu-dpc

Haute Autorité de Santé.(10/2013)

Patient et professionnels de santé : décider ensemble

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf

Paulo Cristofalo, Odessa Dariel.(18/02/2022)

Travail en équipe et autonomie collective : une expérience dans les soins infirmiers à domicile.

Cairn.info

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-4-page-527.htm>

7.5 Autres documents

Catherine Piguet. Thèse de Doctorat Sciences de l'Éducation /Santé Publique. (10/2008)

Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières

<https://theses.hal.science/tel-00331476>

V. Joulin – Thérèse Psiuk (2010)

Nécessité d'un apprentissage et méthodologie

<https://slideplayer.fr/slide/179383/>

Diagnostics infirmiers NANDA 2021/2023, Liste des diagnostics du NANDA-I

<https://diagnosticsinfirmiers.com/>

8 ANNEXES

ANNEXE 0 : Données complémentaires de la situation d'appel

- 0a. Score de Rudkin
- 0b. Échelle de cotation de la douleur AlgoPlus

ANNEXE I : Source graphique

- Ia. Courbe d'évolution du nombre de services d'HAD en France
- Ib. Courbe d'évolution du nombre de patient pris en charge en HAD

ANNEXE II : Données complémentaire, tableaux, schémas

- IIa. Cadre juridique de fonctionnement des services d'HAD
- IIb. Les mentions de l'HAD
- IIc. Statut juridique et équipe d'administration des HAD
- IId. Le financement des HAD
- IIE. Les indications de l'HAD
- IIf. Tableau récapitulatif de l'évolution du fonctionnement des services d'HAD depuis leur création
- IIg. Schéma des approches déductive et inductive
- IIh. Schéma de la rencontre soignant-soigné
- IIi. Tableau des spécificités du prendre en soin à domicile
- IIj. Schéma visuelle des différentes formes de collaboration
- IIk. Tableau récapitulatif des percusseurs d'erreur selon Richard Cook
- IIl. Modèle de Reason

ANNEXE III : Analyse de jurisprudence

ANNEXE IV : Grille d'entretien

ANNEXE V : Retranscription des entretiens

ANNEXE VI : Grille d'analyse

Annexe 0 : Données complémentaires à la situation d'appel


a.

SCORE DE RUDKIN (évaluation rapide de l'état de conscience)

Score	Niveau de sédation
1	Patient complètement éveillé et orienté
2	Patient somnolent
3	Patient avec les yeux fermés, mais répondant aux appels oraux
4	Patient avec les yeux fermés, mais répondant aux stimulations tactiles légères (ex : touchés, traction du lobe de l'oreille)
5	Patient avec les yeux fermés ne répondant à aucune stimulation tactile légère

Corrélation avec le score de Glasgow : Rudkin 4 ≈ Glasgow 6 à 7

b.



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

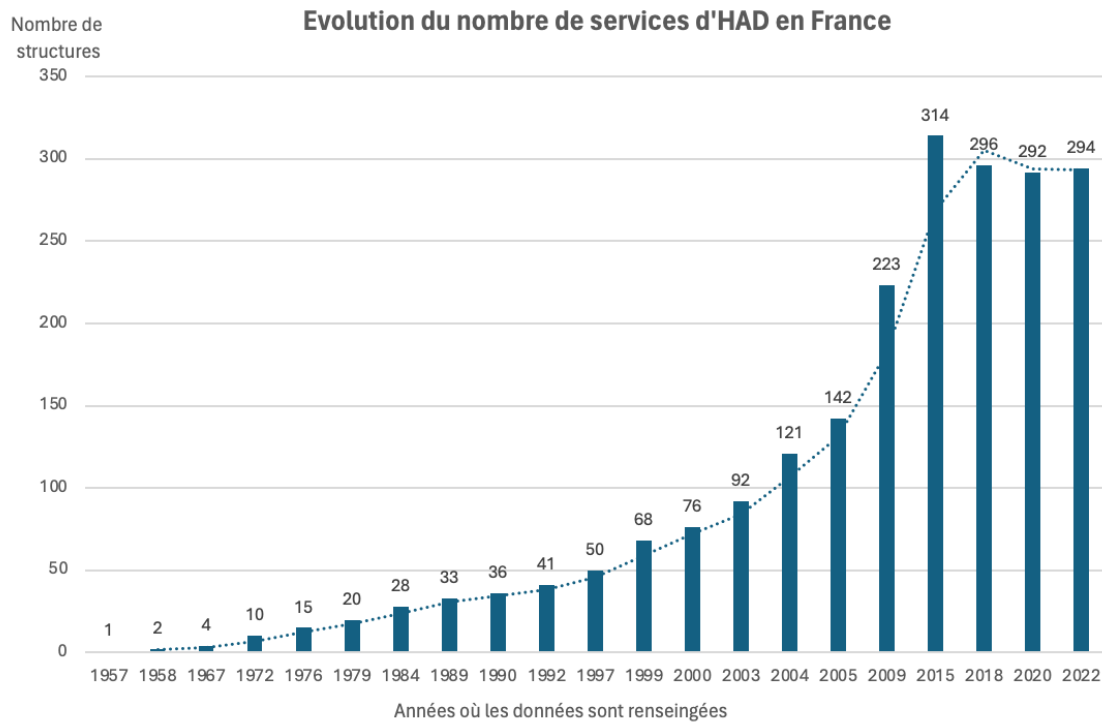
Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
Heurehhhhhh
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage						
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.						
2 • Regard						
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.						
3 • Plaintes						
« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.						
4 • Corps						
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.						
5 • Comportements						
Agitation ou agressivité, agrippement.						
Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe

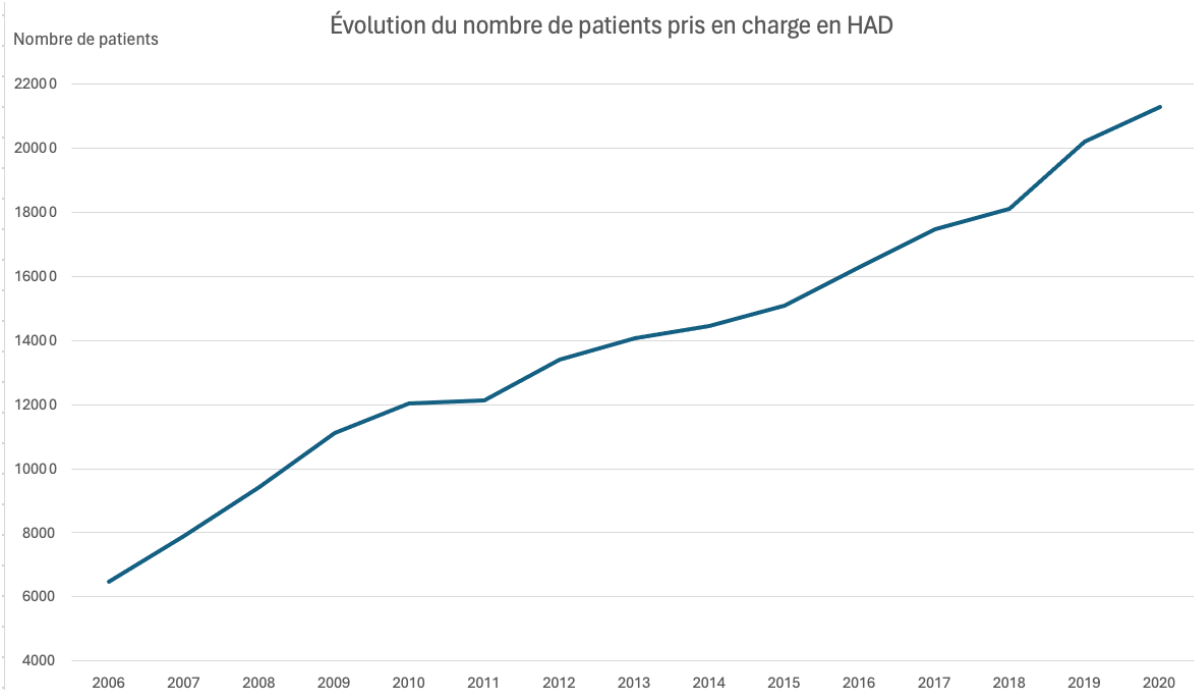
COPYRIGHT

ANNEXE I : Sources graphiques

a.



b.



Annexe II : Données complémentaires, tableaux, schémas

a.

Cadre juridique de fonctionnement des services d'HAD

Depuis son apparition en France en 1957, le cadre juridique et réglementaire régissant le fonctionnement et le financement de l'hospitalisation à domicile a évolué.

Un tableau, présenté en partie 2.1.4.3, résumera les informations de cette partie et des deux parties suivantes : **Les acteurs**, **Les indications**, et permettra de mettre en évidence ces grandes étapes d'évolution.

Jusqu'en 2022, les principaux articles qui encadraient le fonctionnement des HAD étaient les articles D6124-306 à D6124-312 du code de la santé publique mais le décret du 31 janvier 2022 les a abrogés. Le dossier de décryptage : « *La réforme des autorisations en hospitalisation à domicile (HAD)* », édité par la FNEHAD en février 2022 nous aide à comprendre les modifications récentes dont certaines sont encore en cours ou ne sont pas encore entrées en application.

Activité de soin soumis à autorisation

Par l'ordonnance du 12 mai 2021, l'HAD devient une activité de soins à part et non plus une alternative à l'hospitalisation en établissement avec hébergement. Par là même, l'HAD devient la 20^{ème} activité de soin soumis à autorisation. L'article L313-3 du code de santé publique relatif au mécanisme d'obtention des autorisations et agréments s'applique aux services d'HAD.

Concrètement, la structure souhaitant entrer en activité ou l'élargir (que ce soit en termes d'offre de soins ou de zone géographique couverte) doit donc soumettre une demande d'autorisation sous forme d'un dossier. Celui-ci aboutira, après analyse par les autorités compétentes (notamment du directeur de l'ARS), à l'obtention ou non d'une autorisation délivrée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé du secteur concerné. Cette évolution amène donc à devoir remplacer les termes d'« établissement ou de structure d'hospitalisation à domicile » par les mots « titulaires d'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile ». Pour des raisons de simplification, l'une ou l'autre de ses appellations seront utilisées dans ce travail.

ANNEXE II : Donnée complémentaires, tableaux, schémas

b.

Les mentions

L'Article R6123-141 introduit une distinction d'activité et donc de cadre juridique de fonctionnement des HAD en fonction du profil des patients pris en charge. Cela pourrait avoir comme conséquence, au-delà de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins prodigués, de faire tendre les structures d'HAD vers une spécialisation de leur activité : Art. R6123-141 – I : « L'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile comporte une ou plusieurs des mentions suivantes :

- 1) Mention « socle » ;
- 2) Mention « réadaptation » ;
- 3) Mention « ante et post-partum » ;
- 4) Mention « enfants de moins de trois ans. » »

La mention « socle » correspond donc à tout type de patient à l'exception de ceux qui entrent dans au moins l'une des catégories des autres mentions.

Les conventionnements

L'Article R6123-144 du CSP introduit la notion d'obligation de conventionnement : « Si le titulaire de l'autorisation ne dispose pas en interne d'un accès à des activités de réanimation, de médecine et de chirurgie, il doit obligatoirement conventionner avec un établissement disposant de ces activités afin de prévoir le transfert du patient. » Cette notion implique que les petites structures d'HAD ou les établissements ne proposant que ce type d'activité, doivent obligatoirement s'adosser à un centre hospitalier de plus grande importance.

Les médicaments et produits de santé :

L'alinéa III du même article se rapporte aux obligations relatives à l'obtention des médicaments et des produits de santé :

« Le titulaire de l'autorisation d'HAD doit obligatoirement disposer soit :

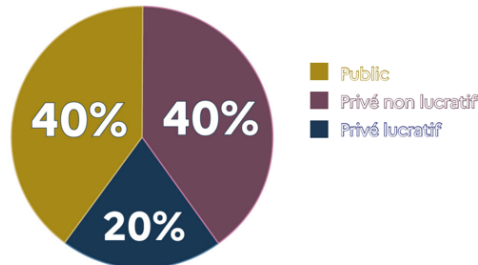
- d'une pharmacie à usage intérieur autorisée au sein de l'établissement,
- d'une convention avec un pharmacien

La fourniture des médicaments réservés à l'usage hospitalier se fait dans les conditions prévues par l'article R. 5126-110. » Ces points sont importants notamment pour les médicaments employés dans le cadre des soins palliatifs (Midazolam).

c.

Statut juridique et équipe d'administration

Les établissements titulaires d'une autorisation d'HAD peuvent avoir des statuts juridiques très divers : privé lucratif, privé non lucratif ou public. La FNEHAD, dans sa parution de 2021 « L'HAD en chiffre » dresse un bilan résumé des répartitions entre ces statuts :



Ce statut découle de la nature de l'équipe de direction/ équipe administrative qui a fondé la structure. La gestion associative par exemple, représente une part importante des établissements d'HAD français et ont donc le statut juridique privé à but non lucratif.

Dans tous les cas l'équipe de direction et d'administration devra compter :

- 1) Un directeur Général : responsable de la gestion globale de la structure d'HAD, supervisant les opérations et assurant le respect des réglementations.
- 2) Un directeur médical : obligatoirement un médecin, souvent spécialisé en HAD, responsable de la supervision des aspects médicaux de l'HAD, y compris la qualité des soins.
- 3) Un directeur des soins : responsable de la coordination des soins et de la gestion du personnel infirmier et des autres professionnels de santé.
- 4) Un directeur administratif et financier : gère les aspects administratifs, financiers et logistiques de la structure.

En fonction de la taille de la structure, s'ajoute une équipe de services de support :

- a. Administration : secrétaires, gestionnaires de dossiers, etc.
- b. Logistique : personnel chargé de la gestion des équipements médicaux et des fournitures, dont le parc automobile.
- c. Qualité et gestion des risques : personnel dédié à la surveillance et à l'amélioration continue de la qualité des soins et à la gestion des risques.

d.

Financement

Depuis 2005 les établissements de santé (ES), dont les ES d'HAD sont financés par la sécurité sociale selon un système de répartition entre les ES. L'enveloppe globale étant définie dans l'Objectif national des Dépenses en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (ODMCO) révisé tous les ans. L'ODMCO de 2023 s'élevait à 67 milliards d'euros. Le financement se décompose en 2 parties :

- 1) La part du paiement de la journée d'hospitalisation.
- 2) La part de remboursement des médicaments

La répartition de l'enveloppe dépend du niveau d'activité de chaque établissement. Ce mode de financement s'appelle la tarification à l'activité (T2A) : « La tarification à l'activité (T2A) est un mode de financement des établissements de santé français issu de la réforme hospitalière du plan Hôpital 2007, qui vise à médicaliser le financement tout en équilibrant l'allocation des ressources financières et en responsabilisant les acteurs de santé. » Ce mode de répartition invite l'ES, ici le service d'HAD à valoriser au mieux son activité afin d'obtenir une rémunération au plus près de son activité réelle.

Si la part de remboursement des médicaments est assez simple (un médicament délivré = un médicament remboursé), c'est sur la part du paiement de la journée d'hospitalisation que la valorisation d'activité prend toute son importance. Il s'agit là de coder l'activité médicale du service. Entrent en jeu :

- le mode de prise en charge principal (dépendant du diagnostic principal),
- le mode de prise en charge associé (diagnostics secondaires)
- et l'indice de dépendance du patient (défini par l'indice de Karnofsky).

Ces trois éléments vont permettre de créer des Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC). Finalement, ces GHPC vont correspondre à des Groupe Homogène de Tarif (GHT) et donc à des financements particuliers sensés couvrir les dépenses liées à l'activité de soin auprès ce groupe de patients. Le codage de l'activité se fait auprès par le biais du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) : « Le PMSI permet de décrire de façon synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé. Il repose sur l'enregistrement de données médico-administratives normalisées dans un recueil standard d'information. » Pour toutes ces étapes de codage et de valorisation d'activité, les services d'HAD peuvent consulter un médecin DIM.

e.

Indications de l'HAD : Pathologies/diagnostics concernés :

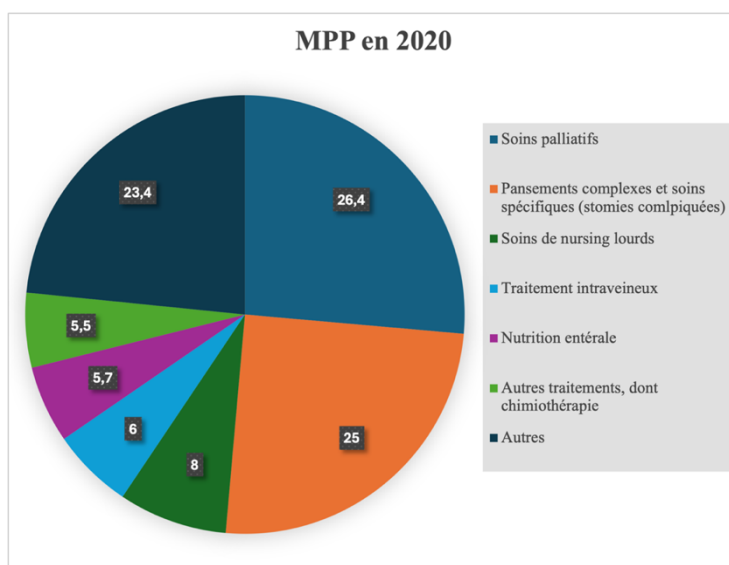
Nous l'avons vu, à leur création en 1957, les deux premières HAD étaient spécialisées et avaient donc des indications limitées : patients atteints de maladies chroniques appartenant à la médecine interne et patients atteints de cancer. Au fil des années, l'éventail des pathologies pouvant entrer dans une PEC HAD s'est grandement élargi. En 1980, tous les diagnostics peuvent être concernés par ce mode de prise en soin à l'exception des pathologies d'ordre psychiatrique qui n'entreront dans le champ de compétence d'HAD spécialisée qu'à partir de 1992. Désormais toute pathologie peut donc bénéficier d'une prise en soin à domicile avec les restrictions suivantes :

- 1) La PEC HAD diffère de la PEC libérale par la complexité et la fréquence du besoin de soin.
- 2) Le diagnostic doit être posé au préalable, les investigations faites et la pathologie doit être considérée comme stabilisée ou non susceptible d'évoluer vers un besoin d'hospitalisation dans un délai court.

Ce point s'inscrit dans le projet de soin du retour à domicile, tendant à rendre au secteur hospitalier son rôle spécialisé de lieu des PEC des phases d'investigations diagnostiques, des phases aiguës et d'urgences.

- 3) Au-delà des pathologies, le profil des patients concernés définit des « mentions spécialisées » nécessitant des autorisations de soin particulières. Nous avons déjà abordé ce sujet, nous en reparlerons plus loin.

Il est donc intéressant de présenter ici le rapport d'activité des HAD publié en 2021 (sur l'activité 2020) afin de voir plus en détail quels indications sont les plus fréquemment PEC par ce secteur. Au-delà des pathologies, nous parlerons ici des Mode Principal de Prise en charge (MPP) :



Notons ici que les MPP pour soins palliatifs représentent la part la plus importante des prises en charge avec près d'un tiers de l'activité totale des services d'HAD. Les pansements complexes et soins spécifiques viennent en seconde position. A eux deux, ces MPP constituent plus de la moitié des indications de ce secteur. La catégorie « autres » représente tout ce qui ne peut être classé dans les autres groupes de MPP. La surveillance des patients Covid en fait par exemple partie et constitue une part importante de cette catégorie. Pour information, les 5 MPP ayant connu les plus grandes marges de progression en 2020 sont :

- Transfusion sanguine (+228%)
- Autres (+125%)
- Soins palliatifs (+41%)
- Prise en charge de la douleur (+26%), qui entre dans plusieurs de ces catégories
- Chimiothérapie anticancéreuse (+20%)

Indications : Profil de patients concernés

Nous l'avons déjà évoqué mais depuis les réformes de 2022, le profil des patients concernés entre dans la catégorisation des mentions, impliquant ainsi, pour les structures d'HAD voulant inclure ces patients, une série de nouvelles obligations réglementaires.

Indications : Schéma décisionnel d'admission

Historiquement l'orientation en service d'HAD se faisait sur prescription hospitalière stricte. Depuis 1981 cette orientation peut être demandée à la fois par un médecin hospitalier et par un médecin libéral. En 1992 est ajouté dans la loi : « quel que soit le médecin prescripteur, le médecin traitant doit systématiquement être consulté. » Ainsi, avec l'accord du médecin traitant, tout médecin pour orienter le patient vers l'HAD

Annexe II : Données complémentaires, tableaux, schémas

f.

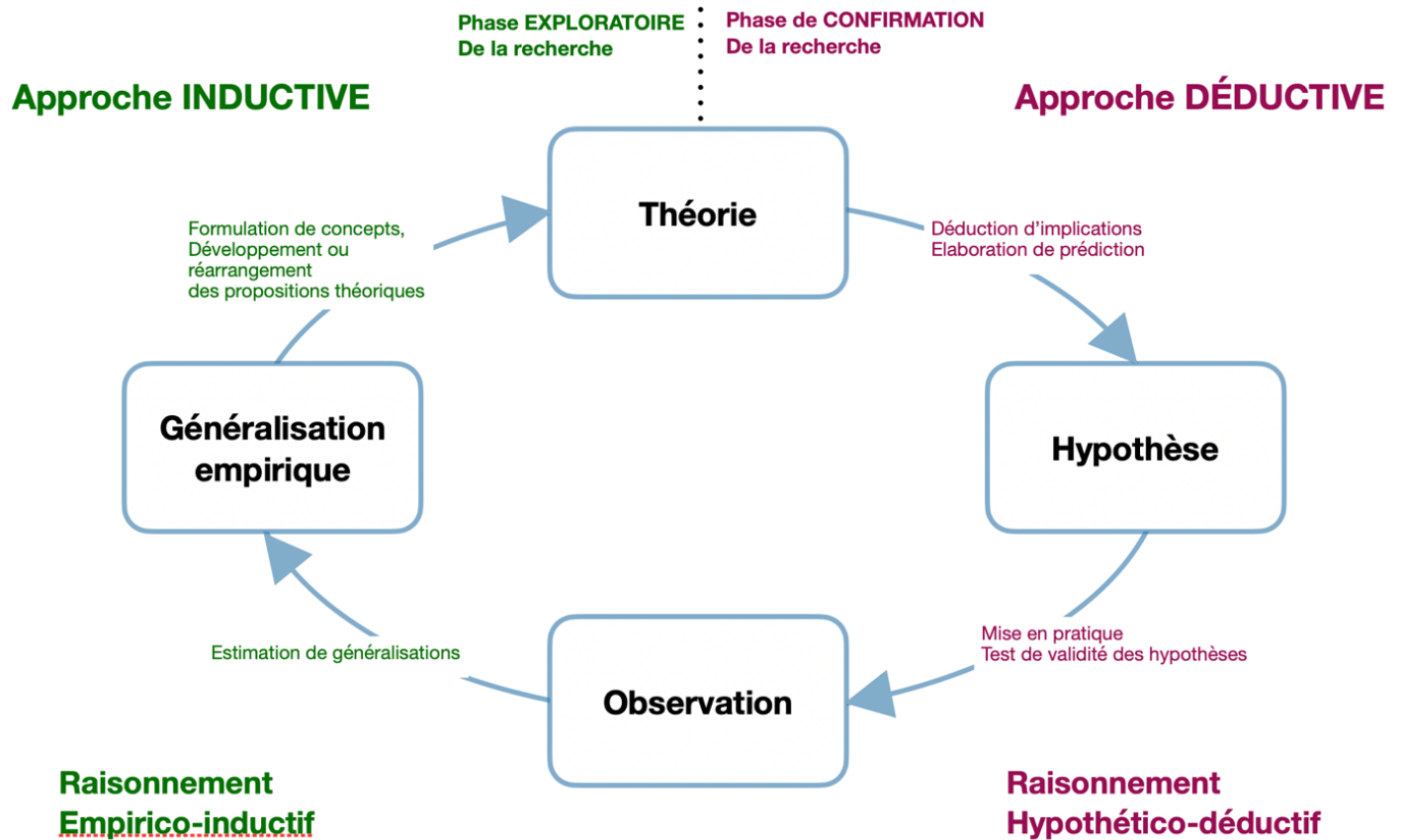
Tableau récapitulatif de l'évolution du fonctionnement des service d'HAD depuis leur création

Période	Phase 1 1960-1980	Phase 2 1980-1992	Phase 3 1992-2000	Phase 4 2000-2004	Phase 5 2005-2024
Développement de l'HAD	Écllosion désordonnée et « spontanée » répondant à un besoin de « désengorger » les services hospitaliers.	Stagnation relative.	Structuration législative.	Nouvel essor. Approche plus qualitative.	Stagnation relative du nombre de structure. Augmentation continue du nombre de patients PEC.
Aspects juridiques	- Loi hospitalière de 1970 - Circulaire de 1974	Circulaire de 1986	- Loi hospitalière de 1991, - Décrets de 1992.	- Circulaire du 30 mai 2000, - Ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003, - Circulaire de d'octobre 2003, - Circulaire de février 2004.	Activité de soin soumis à autorisation.
Aspects financiers	1961 : 1 ^{ère} convention signée avec l'Assurance maladie	Budget global et moyens constants.	- Moyens constants, - « taux de change », - Tarifications hétérogène entre HAD.	- Suppression du « taux de change », - Suppression de la carte sanitaire. - Tarification à l'acte : CMBJ + pondération Nécessité d'une description claire des prises en charges réalisées.	Selon l'ODMCO, répartition financière des enveloppes budgétaires : - part paiement à la journée d'hospitalisation (selon GHT) ; - part de remboursement des médicaments. Tarification à l'activité (T2A), l'activité étant valorisable auprès du PMSI. Possibilité d'être assisté d'un médecin conseil de la DIM pour la codification d'activité.
Population cible	Patients hospitalisés uniquement	Patients hospitalisés ou suivis en consultation externe	Tous patients sauf les malades atteints de troubles psychiatriques.	Tous les patients : - HAD généralistes, - HAD en périnatalité, - HAD pédiatrique, - HAD psychiatrique.	Tous les patients. Organisation en mentions : Mention « socle » Mention « ante et post-partum » Mention « enfants de moins de 3 ans » Mention « réadaptation »
Prescription de l'HAD = Orientation	Sur prescription hospitalière stricte.	Sur prescription hospitalière et libérale.	Sur prescription hospitalière et libérale. Accord du médecin référent (médecin traitant) toujours sollicité.		
Indications	Sur indications limitées.	Toutes indications sauf les maladies psychiatriques	Toutes indications		Toutes indications mais le profil des patients introduit nécessite les autorisations particulières en lien avec les mentions spécifiques.
Coordinateur	Pas de coordinateur : c'est le rôle du médecin traitant.	IDE coordinatrice et médecin coordinateur.	Internes ou externes : Une IDE coordinatrice pour trente places et un médecin coordinateur minimum par HAD. Une assistante sociale à temps partiel.		Obligatoirement internes : une IDE, un médecin praticien en HAD anciennement médecin coordinateur, une assistante sociale (plus de précision du temps de travail).
Continuité de la prise en charge	Pas de continuité de la prise en charge	Continuité de la prise en charge assurée par le médecin traitant.	Continuité de la prise en charge assurée par l'HAD 24h/24		L'HAD doit adapter ses ressources attribuées à la continuité des soins 24h/24, à la taille de son activité.
Nombre de structures	0 à 20 structures dont les deux plus importantes : APHP et Santé Service.	20 à 41 structures de petites tailles.	41 à 76 structures.	Objectif : doublement des places d'HAD d'ici fin 2005 soit 8000 places.	En 2020 : 286 structures titulaires d'une autorisation d'HAD. Soit 21 300 places. Ou encore : 257 600 séjours pour un total de 6,6 millions de journées d'hospitalisation.

Ce tableau est basé sur celui d'Angélique Sentilhes-Monkam, médecin pneumologue ayant publié : « Rétrospective de l'hospitalisation à domicile, L'histoire d'un paradoxe » dans Revue française des affaires sociales 2005/3, pages 157 à 182, disponible sur le site de Cairn.info. J'y ai ajouté la 5^{ème} phase avec les informations issues de mes recherches

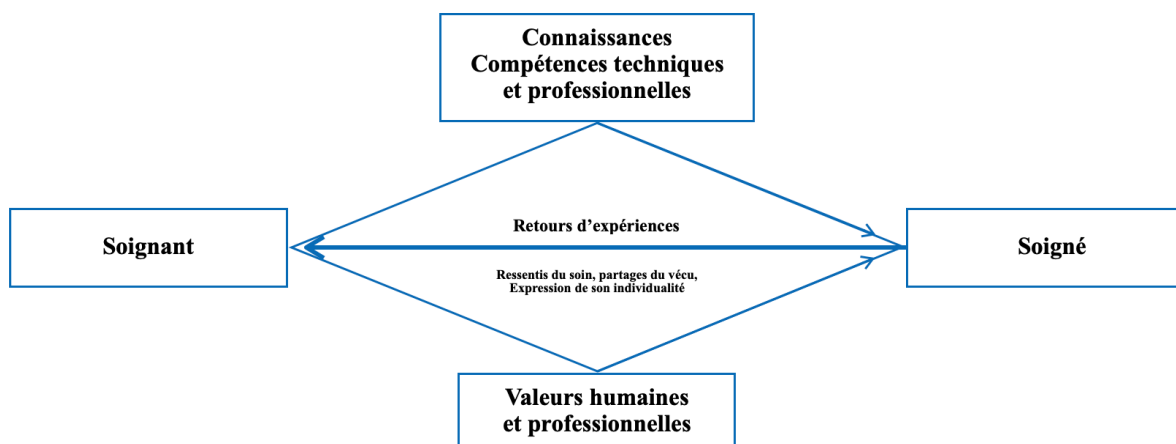
Annexe II : Données complémentaire, tableaux et schémas :

g.



Roue de la science inspirée de celle de Wallace

h. Schéma de la rencontre soignant - soigné



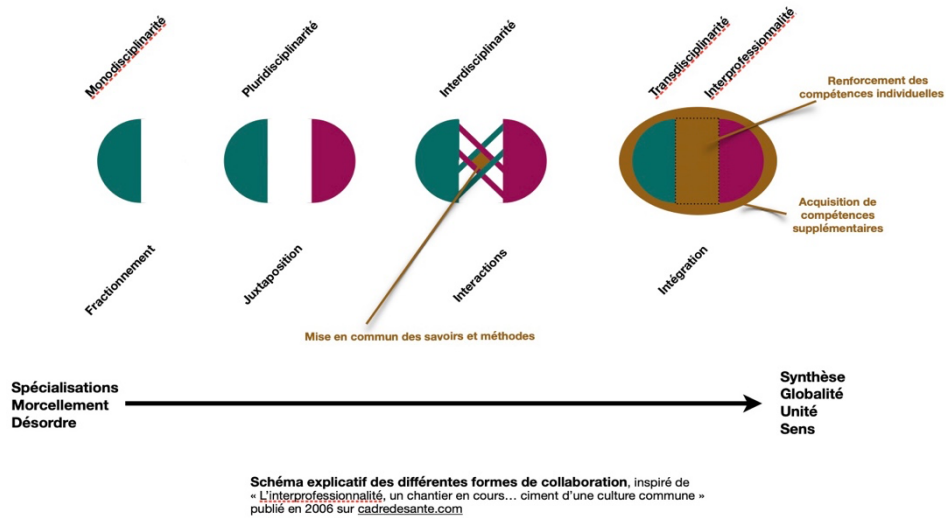
Annexe II : Données complémentaire, tableaux, schéma :

- i. Spécificités du prendre en soin à domicile sous forme d'un tableau
(issu de mon expérience en tant que stagiaire et de l'analyse de pratique que j'y avais faite) :

Spécificité du prendre en soin à domicile
Pour le patient :
1. Acceptation du caractère « intrusif » des visites à domicile par les soignants.
2. Adaptation de leur environnement : Obligation d'adapter l'organisation de leur quotidien et de leur habitat aux exigences d'une hospitalisation. A ce sujet, il existe de grandes disparités en termes de logement d'un patient à l'autre en lien avec leurs conditions socio-économiques sous-jacentes. Cela nécessite donc une évaluation de l'environnement domestique du patient par les soignants qui peuvent ensuite fournir des conseils et des adaptations nécessaires pour optimiser l'espace et minimiser les risques de complications, garantir la sécurité et le confort du patient et des intervenants.
Pour l'équipe soignante pluridisciplinaire et le service d'hospitalisation à domicile :
Défis en termes d'organisation logistique, de planifications de soin, de coordination des équipes.
1. Adaptation à l'environnement : être en mesure de réaliser des soins dans des conditions très variées, loin de la standardisation dont les soignants peuvent bénéficier en travaillant au sein des structures de soin « classiques » avec hébergement (place et ergonomie au sein de la chambre du patient, matériel directement disponible, accès aux points d'eau...).
2. Coordination des soins : En raison de la dispersion géographique des patients à domicile mais aussi des soignants, la coordination des soins entre les différents intervenants de santé est essentielle pour assurer une prise en charge cohérente et efficace.
3. Capacité de travail en autonomie : par la nature décentralisée du soin, chaque soignant intervenant seul à domicile (sans équipe de soin directement à proximité) devra être en mesure de travailler en relative autonomie voire en indépendance lors d'éventuelles prises de décision si nécessaire.
4. Qualités relationnelles : afin de construire une relation de confiance avec le patient mais aussi avec ses proches, les soignants à domicile devront faire preuve d'une qualité relationnelle particulièrement importante. Relation, base nécessaire de l'alliance thérapeutique.
5. Flexibilité et adaptabilité : Les interventions à domicile doivent être flexibles et s'adapter aux nouvelles contraintes et aux besoins changeants du patient et de son environnement.
6. Collaboration interprofessionnelle : En raison de la complexité de la prise en soin à domicile, les équipes soignantes doivent pouvoir communiquer entre elles (dossier patient partagé avec suivi régulier assuré par les équipes de chevet), prévoir des temps de transmission dédiés afin de garantir que les besoins et préférences exprimés par le patient soient pris en compte et dans l'objectif de coordonner les actions de chacun, de mutualiser leurs évaluations et réajuster le projet de soin si nécessaire.
Pour le projet de soin :
a. Prise en compte de l'environnement : Le projet de soin doit prendre en considération l'environnement dans lequel vit le patient, y compris les éventuelles limitations liées à son domicile (accessibilité, équipements médicaux spécifiques nécessaires, ...)
b. Individualisation des soins : Les soins à domicile doivent être adaptés aux besoins spécifiques de chaque patient, en tenant compte de leur environnement familial, social et culturel. Cela passe par la connaissance que chaque patient est unique et que ses besoins de soins peuvent varier. Le projet de soin doit donc pouvoir être adapté aux préférences, aux valeurs et aux objectifs individuels du patient, ce qui peut inclure des approches alternatives ou complémentaires aux soins conventionnels.
c. Autonomie du patient : L'objectif des soins à domicile étant de favoriser l'autonomie et le maintien à domicile du patient dans la mesure du possible, le projet de soin doit donc intégrer des stratégies visant à renforcer l'autonomie du patient et de son entourage.
d. Éducation thérapeutique et soutien aux aidants : Les soins à domicile impliquent souvent la participation des proches et des aidants du patient. Le projet de soin doit donc inclure des actions d'éducation thérapeutique et de soutien aux aidants pour les accompagner dans leur rôle.

j.

Schéma visuelle des différentes formes de collaboration et de leurs implications :



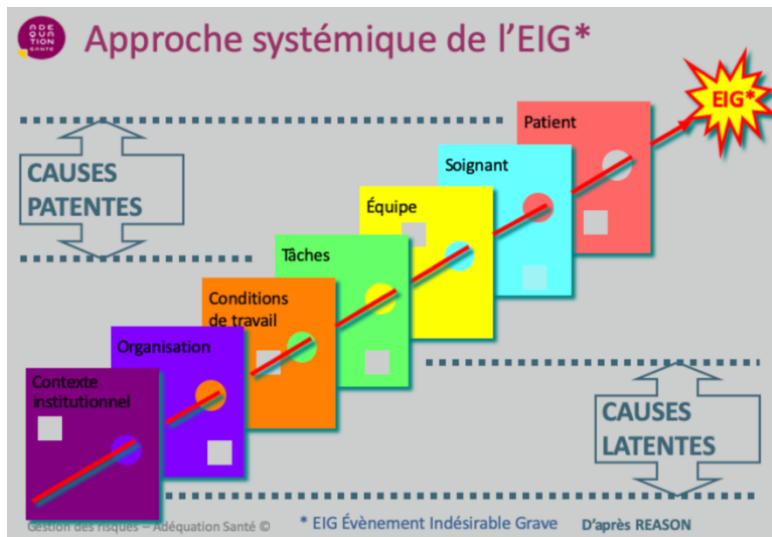
k.

Tableau récapitulatif des percussers d'erreur selon Richard Cook

Exigences de tâche	Capacités individuelles
Pression temporelle (urgence de la situation)	Manque de familiarité avec la tâche/première fois
Charge de travail (exigence cognitive)	Manque de connaissance
Simultanéité, multiplicité des tâches	Nouvelle technique non encore expérimentée
Actions répétitives, activités monotones	Communication imprécise
Actes sans retour possible	Manque de compétence, d'expérience
Nécessité d'interprétation	Lacunes de résolution de problème
Manque de clarté des objectifs, rôles et responsabilités	Attitude risquée dans les tâches critiques
Absence ou manque de clarté des règles	Maladie, fatigue
Environnement de travail	Nature humaine / facteurs humains
Distractions, interruptions de tâches	Stress (limite d'attention)
Changements, écarts par rapport à la routine	Habitudes
Affichages et indicateurs de contrôle trompeurs	Suppositions (représentations, image mentale inadéquate)
Solutions de contournement, pis-aller	Laisser-aller, complaisance, excès de confiance
Réponse non explicite du système	Etat d'esprit, mentalité (programmé à voir)
Disposition ou fonctionnement inattendu de l'équipement	Mauvaise perception du risque
Manque d'indications complémentaires	Raccourcis mentaux (biais)
Conflits de personnes	Mémoire à court-terme limitée

l.

Modèle de Reason : survenue d'un événement lorsque toutes les barrières de protection sont contournées



Annexe III

Analyse de jurisprudence formine par le site WEKA société éditrice de contenus réglementaires numériques (non consultable gratuitement)

9 L'ÉQUIPE MÉDICALE/EQUIPE DE SOINS : QUELLE RÉPARTITION DES RESPONSABILITÉS EN MATIÈRE CIVILE ?

Contexte

L'équipe médicale est une réalité incontournable de la médecine moderne. De nombreux actes médicaux, en raison de leur complexité, ne peuvent être accomplis que par deux ou plusieurs médecins ainsi que des auxiliaires médicaux. L'équipe ne jouit pourtant pas de la personnalité juridique, ce qui explique qu'elle ne puisse, elle-même, être sujette à une quelconque responsabilité. Dès lors, se pose la question de la **répartition des responsabilités** entre ses différents membres ou entre ceux-ci et l'établissement de santé dans lequel elle exerce.

1

Définition de l'équipe médicale et/ou de soins

Il y a équipe médicale et/ou de soins lorsqu'une même prise en charge ou une même intervention requiert ou fait intervenir plusieurs professionnels de santé dans un même lieu, le plus souvent en hôpital ou en clinique, voire encore dans le cadre d'une coopération.

La réforme du 26 janvier 2016 (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé) a enfin défini la notion d'équipe en la qualifiant d'équipe de soins : « [...] *l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui [pour ce qui concerne les structures de soins] : [...] exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret [...]* ». Cette liste est fixée à l'article D. 1110-3-4 du Code de la santé publique, lequel décrit les types de coopérations ou regroupements qui constituent aussi une équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12 du CSP.

Dans ce cadre défini, une intervention chirurgicale peut, par exemple, faire intervenir plusieurs chirurgiens de différentes spécialités, ainsi qu'un anesthésiste. Sous la responsabilité du médecin chef d'équipe, peuvent également intervenir auprès du patient plusieurs auxiliaires médicaux, en particulier des infirmiers. Aujourd'hui, la jurisprudence règle la question de la responsabilité en se fondant principalement sur le statut des différents intervenants, tout en faisant preuve d'un certain pragmatisme.

2

Les responsabilités déterminées en présence de membres de l'équipe médicale salariés

Lorsque le médecin et l'infirmier sont tous deux salariés, leur faute engage en toute hypothèse la responsabilité de l'établissement de santé employeur, la clinique. Il y a là une application du droit commun de la responsabilité civile du salarié. Ce dernier, dès lors qu'il agit dans les limites de sa mission, bénéficie d'une immunité sur le plan de la responsabilité indemnitaire (Cass. 1^{re} civ., 9 nov. 2004, n^{os} 01-17168 et, Cass. 1^{re} civ., 9 nov. 2004, n^o 01-17908). La clinique est ainsi tenue de réparer les conséquences dommageables de la maladresse du chirurgien ou de la négligence de l'infirmière qui se trompe dans le décompte des compresses ou dans l'injection à réaliser.

3

Les responsabilités déterminées en présence d'un chef d'équipe exerçant à titre libéral

Il arrive qu'une clinique mette à disposition du praticien libéral avec lequel elle est liée par contrat son personnel infirmier ou soignant. En cas de faute du personnel mis à disposition, la question se pose de savoir qui engage sa responsabilité.

La jurisprudence estime que c'est le praticien libéral chef d'équipe qui répond des fautes du personnel qu'il s'est adjoint, même lorsque ce personnel est mis à disposition par l'établissement de santé. Il en va ainsi lorsque la faute se situe directement dans la dépendance de l'intervention chirurgicale et sous sa responsabilité. On dit alors que le médecin libéral est responsable des fautes de ses préposés occasionnels.

Toutefois, la faute de l'infirmier n'engage pas la responsabilité du chirurgien lorsque cette faute relève de son rôle propre. Les actes relevant du rôle propre de l'infirmier peuvent être dispensés hors de la surveillance d'un médecin et sont définis à l'article R. 4311-5 du Code de la santé publique. Ainsi en va-t-il de l'erreur de l'infirmière entraînant une intoxication du patient due à un comprimé toxique, de brûlures causées par la mise en place de bouillottes trop chaudes, d'une erreur dans la perfusion ou dans le décompte des compresses.

Illustrations jurisprudentielles

Un arrêt de la cour d'appel de Rennes illustre bien la limite des fautes pour lesquelles l'infirmier engage la responsabilité du médecin, en tant que préposé occasionnel.

Les juges affirment que « *les personnels mis à disposition du chirurgien au cours de l'intervention chirurgicale sont les préposés occasionnels et agissent sous sa responsabilité et non celle de l'établissement de soins* ». L'affaire concernait une patiente brûlée à la fesse au cours d'une intervention chirurgicale. La patiente avait assigné le chirurgien libéral et la clinique en responsabilité contractuelle afin d'obtenir réparation. La responsabilité du médecin est écartée en l'absence de faute de sa part. Celle de l'établissement est en revanche retenue pour la faute de la panseuse lors de l'installation de la patiente sur la table d'opération : « *en l'espèce, il est établi que la brûlure provient d'un mauvais positionnement de la patiente sur la table d'opération lors de la phase préopératoire, ce qui relève du rôle propre de l'infirmière ; que dès lors le sinistre trouve son origine antérieurement à l'intervention chirurgicale alors que la panseuse était restée sous la responsabilité de la clinique ; que c'est par de justes motifs que le juge a exclu la responsabilité du chirurgien et retenu celle de l'établissement de soins* » (CA Rennes, 11 janv. 2006, *JurisData* n° 2006-306810).

À l'inverse, la cour d'appel de Paris a pu retenir que si la panseuse, qui assistait lors d'une intervention chirurgicale un chirurgien et un anesthésiste, « *a pu commettre une maladresse ou une faute dans l'opération de transfert (sur le chariot), elle agissait toujours dans le cadre des instructions et des directives données par les médecins qui participaient eux aussi à l'opération ; qu'elle était donc sous leur autorité et leur contrôle en qualité de préposée occasionnelle* » (CA Paris, 10 déc. 1992, *JurisData* n° 1992-024025 ; *Gaz. Pal.*, 29 juin 1994, n° 1801, *Somm.* p. 23).

4

Les responsabilités déterminées en présence de plusieurs médecins libéraux

La question de la répartition des responsabilités entre médecins participant à une même intervention s'est posée à propos du chirurgien et de l'anesthésiste.

Initialement, la jurisprudence avait pu retenir la responsabilité, à l'égard du patient victime, du chirurgien qui s'était adjoint le concours d'un anesthésiste pour la faute de ce dernier, dès lors que le patient ne s'était adressé qu'au chirurgien.

Désormais, le patient devant consentir à l'anesthésie au terme d'une consultation préanesthésique, la tendance des juges est davantage de considérer que chaque praticien est responsable dans son domaine de compétence.

Toutefois, la Cour de cassation a dans le même temps dégagé une obligation générale de surveillance incombant au chef d'équipe, au titre d'un devoir général de prudence et de diligence : « *si la surveillance postopératoire incombe au médecin anesthésiste pour ce qui concerne sa spécialité, le chirurgien n'en demeure pas moins tenu, à cet égard, d'une obligation générale de prudence et de diligence* » (Cass. ass. plén., 30 mai 1986, n° 85-91432).

Ainsi, en cas de complication postopératoire, il incombe à l'anesthésiste comme au chirurgien de rechercher la cause de celle-ci, l'anesthésiste ne pouvant se décharger au motif que la surveillance incomberait principalement au chirurgien.

Cass. 1^{re} civ., 16 mai 2013, n° 12-21338

« Vu l'article 1147 du Code civil, ensemble l'article 64 du Code de déontologie devenu l'article R. 4127-64 du Code de la santé publique ;

Attendu que l'obligation de tout médecin de donner à son patient des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science emporte, lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement de ce patient, l'obligation pour chacun d'eux, d'assurer un suivi de ses prescriptions afin d'assumer ses responsabilités personnelles au regard de ses compétences ;

Attendu que, pour rejeter l'action en garantie de M. X, gynécologue-obstétricien, condamné à réparer, à hauteur de 80 %, le préjudice subi par M^{me} Y, victime, à la suite d'un accouchement le 18 décembre 1992, d'une phlébite cérébrale qu'il avait tardé à diagnostiquer, contre M. Z, anesthésiste, la cour d'appel, statuant sur renvoi après l'arrêt de cassation du 28 avril 2011 (pourvoi n° 10-16230), ayant constaté, d'une part, que la pathologie était une suite de l'accouchement et non de l'anesthésie, d'autre part, que c'est M. X qui assurait, en sa qualité de gynécologue-obstétricien, le suivi de l'intéressée au sein du service de "suites des couches", en a déduit que le diagnostic de phlébite cérébrale, qui relevait de sa compétence, incombait à lui seul sans que l'on puisse admettre que ce diagnostic devait être posé par M. Z au seul motif que lui avaient alors été signalés ces maux, M^{me} Y restant sous la surveillance du médecin obstétricien seul compétent pour contrôler toutes les suites de l'accouchement, avec leurs conséquences éventuelles, partant, sous sa seule responsabilité au regard, notamment, du diagnostic qui devait être posé plus précocement ;

Qu'en statuant ainsi, quand elle avait constaté que M. Z avait été appelé au chevet de M^{me} Y en raison de la survenance de céphalées et lui avait prescrit un neuroleptique pour les soulager, de sorte qu'il lui incombait de s'informer de l'effet de ce traitement, notamment aux fins de déterminer, en collaboration avec le gynécologue-obstétricien, si ces troubles étaient en lien avec l'anesthésie ou avec l'accouchement, ce qui aurait pu permettre un diagnostic plus précoce, la cour d'appel n'a pas tiré les conséquences de ses constatations au regard des textes susvisés ;

Par ces motifs : casse et annule [...] »

Que chaque médecin soit responsable dans son domaine de compétence n'enlève donc pas qu'ils puissent parfois être tenus aux mêmes obligations, au titre notamment d'un devoir général de prudence et de diligence, dans la surveillance ou encore le diagnostic. Le chirurgien n'est certes pas responsable des actes de l'anesthésiste et n'est pas tenu de vérifier le détail technique de celui-ci, mais il doit au minimum s'assurer qu'ils ont été accomplis.

De même, une décision de la Cour de cassation du 26 octobre 2004 a retenu la responsabilité *in solidum* de deux médecins. Un chirurgien ayant pratiqué une coloscopie avait commis une erreur fautive de manipulation du coloscope qui a entraîné une perforation au niveau de l'anastomose colorectale. L'anesthésiste s'est vu reprocher quant à lui un défaut de surveillance de la patiente qui, dès son réveil, s'est plainte de douleurs, « *douleurs [qui] auraient dû alerter les médecins sur l'éventualité d'une perforation* » (Cass. 1^{re} civ., 26 oct. 2004, n° 02-16400).

Notre conseil

Distinguez l'auteur de la faute du responsable de la faute. Si le plus souvent, les deux coïncident (responsabilité du fait personnel), il est des cas où le responsable n'est pas l'auteur fautif (responsabilité du fait d'autrui).

Évitez les erreurs

Ne pensez pas que l'immunité du salarié fautif existe pour l'ensemble des fautes commises par le professionnel salarié. Elle n'existe que pour la responsabilité indemnitaire (civile ou administrative) et non pour la responsabilité pénale.

Faq

En présence de plusieurs responsables, la victime peut-elle réclamer la totalité de la somme à l'un d'entre eux ?

Oui. Le plus souvent, le juge condamne les responsables *in solidum*, c'est-à-dire que la victime peut demander à l'un ou l'autre l'intégralité de la réparation, à charge pour celui qui a payé la victime de se retourner contre le coresponsable pour récupérer sa part.

Exemple : deux médecins A et B sont condamnés in solidum à payer 100 € à C, patient victime du dommage. Ce dernier pourra demander les 100 € à A, qui pourra lui-même dans ce cas demander 50 € à B. Ainsi, si B est insolvable, c'est A qui en assumera les conséquences sans pouvoir refuser de payer à C la totalité.

Aller plus loin

Références juridiques

- Code de la santé publique
 - article L. 1110-12
 - article D. 1110-3-4
 - article R. 4311-5
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Cass. 1^{re} civ., 16 mai 2013, n° 12-21338
- Cass. 1^{re} civ., 9 novembre 2004, n° 01-17908
- Cass. 1^{re} civ., 9 novembre 2004, nos 01-17168
- Cass. 1^{re} civ., 26 octobre 2004, n° 02-16400
- Cass. ass. plén., 30 mai 1986, n° 85-91432
- CA Rennes, 11 janvier 2006, *JurisData* n° 2006-306810
- CA Paris, 10 décembre 1992, *JurisData* n° 1992-024025 ; *Gaz. Pal.*, 29 juin 1994, n° 1801, Somm. p. 23

Bibliographie

- Ch. Boileau, « L'évolution de la responsabilité civile de l'équipe médicale », in F. Vialla (dir.), *Les Grandes Décisions du droit médical*, 2^e éd., LGDJ, 2014, p. 747
- *Lamy Droit de la santé*, tome 2, fasc. 522-51 « Partage de responsabilité au sein de l'équipe médicale », mise à jour en continu

Textes juridiques de référence

Cass. 1^{re} civ., 16 mai 2013, n° 12-21338

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016

Article D. 1110-3-4 du Code de la santé publique

Article L. 1110-12 du CSP

Cass. 1^{re} civ., 9 nov. 2004, n^{os} 01-17168

Cass. 1^{re} civ., 9 nov. 2004, n° 01-17908

Article R. 4311-5 du Code de la santé publique

Cass. ass. plén., 30 mai 1986, n° 85-91432

Cass. 1^{re} civ., 26 oct. 2004, n° 02-16400

Annexe IV : Grille d'entretien

Thème et concepts	Objectifs	Questions principales	Question de relance
Parcours IDE : Formation(s) Expérience(s) professionnelle(s)	Présentation Question d'ouverture Mise en confiance Apprendre à connaître mon interlocuteur, son parcours, ses motivations	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pouvez-vous vous présenter ? ➤ Quel est votre parcours ? ➤ Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ? ➤ Qu'est-ce qui vous a fait vous orienter vers l'HAD ? (Quelles motivations ?) 	Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ? Avez-vous fait quelque chose avant ça ? (Formation, métier antérieur) Quelles sont vos expérience(s) professionnelle(s) en tant qu'IDE ? Avez-vous suivi des formation(s) complémentaires ? - si oui : étaient-elles proposées/facilitées par le service d'HAD ? ou de votre propre initiative ?
Contexte de soin Organisation Les missions IDE	Définition du cadre de travail Identifier les missions principales de l'IDE exerçant en HAD	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pouvez-vous me décrire une journée type de l'IDE de chevet du patient ? ➤ Selon vous, l'organisation en place permet-elle de suivre les patients dans le temps ? 	Quand découvrez-vous vos tournées ? Combien de patients voyez-vous par jour ? Quels types de soins/surveillances ? (Succinctement) Les patients que vous voyez sont-ils souvent les mêmes ?
Le prendre en soin Cure and care	Connaître la notion de prendre soin en HAD selon les IDE interrogées	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comment définiriez-vous le prendre en soin de manière générale ? 	Qu'est-ce que la prise en soin globale, l'approche holistique, le « cure and care » vous évoquent ?

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pour vous, en quoi la prise en soin à domicile peut être différente des services conventionnels ? ➤ Quel est le rôle de l'IDE dans le projet de soin ? 	<p>Si non évoquée : Place/ressenti de l'autonomie, du travail à distance des équipes de soin ?</p> <p>Comment se crée le projet de soin personnalisé du patient ? Comment évolue-t-il ?</p>
<p>Analyse clinique infirmière</p>	<p>Définir place de l'analyse clinique infirmière dans un contexte de soin en HAD</p> <p>Identifier les méthodes d'examen clinique employées</p> <p>Définir place de l'analyse clinique infirmière dans un contexte de soin d'évolution défavorable</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comment se vit l'analyse clinique de l'infirmière en HAD ? <p>En cas d'évolution inattendue de l'état de santé d'un patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Que mettez-vous en place vous ? ➤ Auriez-vous une situation vécue, que vous acceptez de me relater ? 	<p>Quelles démarches d'examen ? Comment prenez-vous des décisions pour les patients ?</p> <p>En cas de besoin, pouvez trouver de l'aide facilement ?</p> <p>Auprès de qui ?</p> <p>Équipe IDE : Bureau de coordination ? IDE de liaison ? IDE référente ?</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p>Équipe médicale : Médecin coordinateur ? médecin traitant ?</p> <p>Comment se font les transmissions d'un point de vue pratique : - quels moyens de communication ? - praticité des outils ? - rapidité des mises en relations ?</p>
<p>Transmissions IDE</p>	<p>Identifier comment les transmissions IDE sont réalisées</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avez-vous des exemples de situations vous ayant conduit à contacter un médecin pour vous aider ? 	

<p>Relation médecin/IDE</p> <p>Communication</p>	<p>Connaître le positionnement du professionnel vis-à-vis des transmissions avec l'équipe médicale</p> <p>Identifier le ressenti de l'IDE sur la collaboration avec le médecin</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En cas d'évolution de la situation d'un patient, comment se font les transmissions pour que la situation du patient soit prise en compte rapidement ? ➤ D'un point de vue général comment qualifieriez-vous votre relation avec les médecins du service ? <p>En cas d'évolution inattendue de l'état de santé du patient nécessitant une transmissions à distance avec un médecin :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Durant une communication téléphonique avec l'équipe médicale : Comment procédez-vous ? ➤ Avez-vous un souvenir d'appel téléphonique à me partager qui vous a marqué ? 	<p>Quel interlocuteur pour quel problème ? Rôles bureau de soin, IDE référentes, médecin coordinateur (et médecin traitant) ?</p> <p>Quels éléments vous permettent de le dire/vous font dire cela ?</p> <p>Durant cet appel suivez-vous un plan prédéfini ?</p> <p>Avez-vous la sensation : - de savoir précisément ce que le médecin attend des transmissions ? - de pouvoir exprimer votre point de vue clinique ? - qu'il est écouté/entendu ?</p> <p>Diriez-vous que les décisions prises sont collégiales ?</p> <p>Dans les souvenirs que vous évoquez : Qu'est ce qui a été facile ou qui vous a manqué ? Qu'est ce qui permettrait d'améliorer encore les choses selon vous ?</p>
<p>Collaboration IDE/médecin</p>			

Responsabilité partagée	<p>Connaître la place de la collaboration IDE/médecin selon l'IDE interviewée</p> <p>Identifier la notion de responsabilité partagée infirmière/médicale selon l'IDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Selon vous, comment s'organise et se vit la collaboration médecin/IDE dans votre quotidien ? ➤ Avez-vous des situations cliniques vécues où la collaboration a pris une autre dimension ? ➤ Qu'est-ce que la responsabilité partagée vous évoque ? 	<p>Diriez-vous que le contexte de soin à domicile implique une collaboration différente pour l'IDE ?</p> <p>Qu'est ce qui a mieux marché ces fois-là ? Pour quelles raisons selon vous ?</p>
Ouverture	<p>Envisager des pistes supplémentaires</p>	<p>Auriez-vous quelque chose à ajouter ? Des points supplémentaires à aborder à propos de ces sujets ?</p>	

Annexe V : Retranscription des entretiens

Entretien n°1

- 1 Moi : Bon, alors on va commencer par la présentation, donc : est-ce que tu peux te présenter ?
- 2 IDE 1 : Je peux. Je m'appelle P., je suis infirmière depuis mars 2023. J'ai un cursus professionnel
3 assez particulier entre guillemets, j'étais préparatrice en pharmacie pendant 12 ans. Ensuite, j'ai passé
4 mon concours d'aide-soignant en 2012 et j'ai travaillé en SIAD pendant 7 ans et donc j'ai décidé de
5 passer mon concours infirmier en 2019. J'y ai repris par la suite de mes études, voilà, jusqu'en 2023.
- 6 Moi : Ok, merci et donc du coup ton poste en HAD : c'est ta première expérience en tant qu'IDE ?
- 7 IDE 1 : Oui c'est ma première expérience IDE. En fait, après l'obtention de mon diplôme, j'ai postulé
8 tout de suite à l'HAD et je n'avais postulé que là.
- 9 Moi : D'accord. Et qu'est ce qui t'a fait choisir un service d'HAD ?
- 10 IDE 1 : Alors déjà j'aimais beaucoup le domicile comme j'avais fait du SIAD avant...donc je savais
11 déjà que le domicile me plaisait et je suis venue en stage en fait à l'HAD donc en septembre, entre mi-
12 septembre et mi-novembre 2023, sur mon avant dernier stage de troisième année à l'IFSI et en fait ça a
13 confirmé le fait que j'aimais le domicile. C'était pas du tout la même approche relationnelle ni la
14 même approche des soins en fait, avec les patients.
- 15 Moi : Ok donc du coup ça fait combien de temps que dans ce service ?
- 16 IDE 1 : En termes de temps ça fait un tout petit peu plus d'un an.
- 17 Moi : Est-ce que tu as suivi une ou des formations supplémentaires après ton diplôme ? et peut-être du
18 coup, après ton entrée dans l'HAD ?
- 19 IDE 1 : Alors oui, au moment de mon entrée en HAD. Les formations que j'ai eu étaient d'ailleurs
20 obligatoires : formations sur l'utilisation des PCA, on fait aussi sur les pansements complexes, sur tout
21 ce qui TPN par exemple. Après pour être en coordination en fait tu postules simplement en interne sur
22 les postes qui sont ouverts et si tu es prise, tu es doublé durant une semaine. Pour la liaison que je vais
23 essayer de faire aussi, ça marche de la même façon, mais je pense que je serais doublée minimum 15
24 jours.
- 25 Moi : D'accord. Maintenant si on s'attarde un peu sur l'organisation de ton travail au sein de l'HAD,
26 est-ce que tu peux me décrire une journée type ?
- 27 IDE 1 : Au chevet ?
- 28 Moi : Oui s'il te plaît, on va d'abord parler du poste de chevet.
- 29 IDE 1 : Alors une journée type au chevet quand on arrive... Donc on a notre téléphone professionnel
30 où on a toute notre planification des soins et les patients chez qui on doit se rendre dans la journée. On
31 se présente au bureau de la permanence des soins avec qui, donc, on rechecke notre tournée, on voit
32 ensemble si on est bien d'accord, les patients, les heures de passage... si au niveau des soins c'est bien
33 ce qui ressort aussi.
34 Voilà.
35 On récupère aussi la clé de notre véhicule pour pouvoir partir en tournée, notre mallette, on vérifie
36 aussi s'il y a du matériel à apporter au domicile du patient et dans ce cas-là il est en salle de départ.
37 Voilà. Et en fait, à la suite de ça, on commence à se rendre chez le premier patient.

38 Donc en fonction des moments ça peut changer, mais en moyenne, on a entre 7 et 10 patients par jour
39 environ, tout confondu sur notre journée de 10 heures.

40 Donc on a nos soins du matin, après on revient à l'HAD, l'heure de la pause de midi dépend de notre
41 horaire ce jour-là, et après on repart pour faire la tournée de l'après-midi.

42 Moi : D'accord. Et du coup, les patients que tu vas avoir un jour, est-ce que tu vas les revoir plusieurs
43 fois ? Le même jour ou les jours suivants ?

44 IDE 1 : Non, pas forcément en fait. Il y a des patients que j'ai vu qu'une seule fois. Ça arrive, certains
45 patients que j'ai pu les voir deux, trois fois, parfois un peu plus. Par exemple sur un weekend, parfois
46 ça arrive que sur le samedi-dimanche, on les suive quand même un petit peu plus.

47 Mais souvent on ne les revoit pas. Enfin c'est vrai que ça dépend des moments quand même ; par
48 exemple ça m'est arrivé l'été dernier, sur quasiment l'intégralité de juillet et août, j'ai gardé le même
49 secteur de Vitré, quasiment les mêmes tournées et donc il y avait des patients que j'ai revu plusieurs
50 fois, avec qui j'avais établi une vraie relation et en fait, du jour au lendemain et bien je ne les ai plus
51 revus. Pourtant ils sont toujours pris en charge à l'heure actuelle.

52 Moi : Donc si on résume sur ce point-là, est-ce que tu dirais que l'organisation de la HAD permet aux
53 infirmiers de suivre les patients dans le temps ?

54 IDE 1 : Non. En tout cas pas au chevet. Le seul poste où on peut suivre les patients plus longtemps,
55 c'est la coordination. Parce qu'on est sûr de les revoir en principe plusieurs fois, à part s'il y a un décès
56 brutal.

57 Moi : D'accord. On va revenir sur les différents postes IDE un peu plus tard si tu veux bien, surtout
58 que c'est super que tu aies pu voir les différents aspects... Mais pour l'instant on va s'intéresser plus
59 en détails à la prise en soin, en tant qu'IDE de chevet.

60 IDE 1 : pas de problème.

61 Moi : Comment est-ce que tu définirais le prendre en soin de manière un peu générale ?

62 IDE 1 : Qu'est-ce que ça veut dire pour moi ?

63 Moi : Oui qu'est-ce que ça veut dire pour toi, qu'est-ce que ça t'évoque, comment tu vis ça ?

64 IDE 1 : Prendre soin une personne, c'est prendre en compte les besoins de la personne sur le point
65 médical, les soins qu'on va lui apporter, mais c'est aussi toute la relation qu'on va mettre en place.
66 Relation qui passe par une relation de confiance, qui va être basée sur l'empathie, basée sur la
67 bienveillance et sur tout le soin relationnel aussi.

68 Parce que pour moi, un soin s'il n'y a pas de relationnel, en fait, dans le prendre en soin tu as 50% de
69 soin, 50% de relationnel. S'il n'y a pas ces 50% de relationnel, je n'appelle pas ça un soin. En fait, c'est
70 vraiment prendre en compte la personne comme une personne unique quoi.

71 Je ne sais pas si j'ai bien répondu ?

72 Moi : Ah mais si c'est très bien ! C'est ce qu'on disait au début, il n'y a pas de bonne ou mauvaise
73 réponse. L'important c'est que tu exprimes comment toi tu vois ou vis les choses.

74 Par exemple moi de mon côté sur cette question j'avais noté ces questions de relance : qu'est-ce que la
75 prise en soin globale, ou l'approche holistique ou le "cure and care" t'évoquent ?

76 IDE 1 : Oui c'est ça, une personne unique, la prise en soin globale. J'ajouterai aussi juste une chose,
77 c'est qu'il y'a la personne, le prendre au soin de la personne, mais quand on est un domicile, il y a aussi
78 beaucoup l'entourage. L'entourage compte aussi beaucoup je trouve dans ce prendre en soin à
79 domicile.

80 Moi : Ha et bien c'est super parce que c'était ma question d'après justement : Dans le prendre en soin à
81 domicile qu'est ce qui différent par rapport à la prise en soin dans un autre service ?

82 IDE 1 : Alors donc oui, on a davantage de relation avec l'entourage, qui y est très présent. Bon parfois,
83 ça arrive que l'entourage ne soit pas du tout présent parce qu'il y a des personnes aussi qui sont très
84 seules mais en général, la majeure partie du temps, l'entourage est là.
85 Ensuite il y a le fait que les personnes soignées, eh bien elles sont chez elle.
86 Donc elles ont quand même... par rapport à un patient qui est pris en soin dans un service classique,
87 elles ont... comment dire, elles peuvent un peu plus décider en fait, décider entre guillemets. C'est à
88 dire que si les personnes décident de refuser un soin par exemple, ça va être compliqué d'aller au-delà
89 de ce refus même si on appelle le médecin en fait. Dans un service classique, on peut être plusieurs à
90 expliquer ou réexpliquer un soin, son intérêt pour la personne, tenter de rassurer la personne, la
91 convaincre entre guillemets. Là on est un peu tout seul face à elles. Je dirais que c'est plus délicat.

92 Moi : D'accord et alors est-ce que dans tout ça, il y a, dans le soin domicile et pour l'infirmier, est-ce
93 qu'il y a un ressenti particulier vis-à-vis de l'autonomie ? L'autonomie dans ce contexte de travail ce
94 que ça évoque quelque chose pour toi ? le fait de travailler à domicile, seule, avec l'équipe de soin qui
95 est quand même plus loin ou à distance... ?

96 IDE 1 : Oui, même si j'avais fait pourtant un stage dans ce service, et 7 ans à domicile en SIAD, au
97 début quand j'ai commencé, je me disais « oh là là », parce qu'on est vraiment tout seul en fait ! Je me
98 suis dit : « comment je vais faire ?! »
99 Et en fait, avec le temps tu t'aperçois que tu es seule sans être seule, parce que tu as ton téléphone,
100 donc tu as toujours un médecin au bout du fil.
101 Tu peux toujours contacter aussi le bureau de la permanence des soins en fonction de ce dont tu as
102 besoin, par exemple s'il y a un soin que tu n'arrives pas à faire : tu vas téléphoner en disant "ça fait
103 deux fois que j'essaye, je n'y arrive pas » et le relais peut être passé donc je trouve qu'en fait non on
104 n'est pas si seul que ça.
105 Et c'est assez instinctif, assez naturel de toute façon quand on est ou on se retrouve en difficulté
106 d'appeler ; ou en tout cas d'aller en parler avec les autres à notre retour à l'HAD.
107 Mais voilà au début c'est impressionnant.

108 Moi : D'accord, merci. Quel est le rôle de l'infirmier dans la mise en place du projet de soins ?

109 IDE 1 : Au chevet ?

110 Moi : Au chevet ou de façon plus générale cette fois, on peut commencer par : comment se crée le
111 projet ?

112 IDE 1 : Alors le projet de soin en fait, il va se créer dès l'entrée du patient. Dès qu'il y a l'évaluation
113 initiale qui est faite, soit au domicile soit à l'hôpital. C'est l'équipe de liaison qui s'occupe de ça, donc
114 un infirmier et un médecin. Et c'est à partir de là que le projet de soin va être établi.
115 Par exemple : est-ce que ça va être une prise en charge palliative ? est ce qu'on va partir sur des
116 pansements complexes ? ou sur du nursing lourd ? Oui. C'est cette première évaluation et entretien, en
117 fait, dès cette première rencontre que le projet de soin va être mis en place. Ensuite, c'est toute une
118 chaîne qui se met en place, l'organisation logistique, les commandes, la coordination...

119 Moi : Et comment est-ce qu'il va évoluer ? si jamais il y a besoin de le faire évoluer ?

120 IDE 1 : En fonction de l'état de santé du patient.

121 Moi : D'accord et ça sera une prise décision qui va être médicale ? infirmière ? les deux ?

122 IDE 1 : Les deux je dirais. Médicale si on a vraiment une évolution qui fait qu'on a clairement besoin
123 d'une prescription médicale et qui plus est donc : du médecin. Mais ça peut être aussi une évolution
124 tout simplement sur une surveillance clinique infirmière. Par exemple une surveillance tensionnelle :

125 une tension qui n'est pas habituelle, dans ce cas-là on ne va pas forcément en parler aux médecins tout
126 de suite. Mais on va se dire "là la tension il y a une surveillance un peu plus étroite à mettre en place,
127 je la mets en place ». Et on réévalue avec le médecin après bien sûr mais...

128 Moi : D'accord donc si tu veux bien on s'arrête un peu sur l'analyse clinique, la question c'est
129 "comment se vit l'analyse cliniques de l'infirmier en HAD" ? Donc l'étape d'avant la prise de décision.
130 En fait : comment est-ce que tu vas en arriver à prendre une décision, si justement tu dois prendre une
131 décision basée sur cette analyse ? peut-être que tu pourrais partir d'une situation dont tu te souviens et
132 que tu voudrais partager sur ce sujet-là : comment se fait ton analyse clinique ?

133 IDE 1 : Alors oui, déjà mon analyse clinique se fait sur les surveillances que je vais mettre en place
134 auprès de patient. Que ce soit moi qui les mette en place où les IDE de chevet précédentes.
135 Je vais effectivement prendre l'exemple d'une prise en charge palliative, que je rencontre quand même
136 régulièrement. Dans ce type de prise en charge il y a tout un panel de signes cliniques qu'on vérifie ; et
137 en fonction de l'évolution de ces signes cliniques justement, c'est là en fait où on va alerter le médecin
138 pour dire "là il y a une douleur, de l'inconfort ou autre, qui est clairement là : qu'est-ce qu'on met en
139 place ?"

140 Moi : Donc si je résume et dis-moi si je me trompe : dans ton analyse, toi même tu vas être alertée par
141 des signes cliniques, tu vas mettre en place une surveillance et en fonction de leur évolution, soit s'ils
142 sont d'emblée inquiétants et tu vas contacter le médecin soit tu continues la surveillance ?

143 IDE 1 : Oui c'est ça.

144 Moi : D'accord. Et le bureau des soins ? quand est-ce que tu peux être amenée à faire appel à eux ?

145 IDE 1 : En fait, le bureau des soins ça va être pour un problème technique, un doute sur comment faire
146 un soin, un patient qui n'est pas là... Mais en règle générale quand le problème concerne l'état de santé
147 du patient, qu'il y a une décompensation du patient ou un inconfort qui est là, mon interlocuteur ça va
148 clairement être le médecin.

149 Moi : D'accord et alors comment se font les transmissions d'un point de vue pratique ? Avec quel
150 moyen de communication ? Sous quelles formes ?

151 IDE 1 : Le téléphone ou les tablettes patient, Mobisoins en fait, où on note tout ce qu'on fait durant
152 notre passage. Tout le monde peut le consulter. Et maintenant on met en place, donc depuis le début de
153 l'année, on a toujours 20 minutes de transmissions orales qui sont mises en place avec les différents
154 secteurs géographiques et qui sont obligatoires. Obligatoires notamment pour les personnes qui sont
155 sur 7 heures, oui parce qu'on a trois horaires différents. Pour les personnes de 7 heures par exemple,
156 elles doivent venir à ces transmissions là avec les coordinatrices.

157 Moi : D'accord. Et là il y a les médecins ?

158 IDE 1 : Non il n'y a pas médecin par contre. Mais ça viendra je pense. Il n'y a que les IDE de chevet et
159 de coordination

160 Moi : D'accord, alors tu peux m'en dire un peu plus sur le rôle de chacun ? La liaison, la coordination,
161 le bureau, le poste de chacun et est-ce que c'est la même organisation : pour les IDE et les médecins ?
162 On peut commencer par les médecins par exemple. Le médecin de bureau, le médecin de liaison et le
163 médecin de coordination, tu peux me réexpliquer le rôle de chacun ? Donc le médecin de bureau on en
164 a déjà un peu parlé, c'est celui qui est d'astreinte c'est ça ?

165 IDE 1 : Oui voilà, c'est le médecin qui te répond au téléphone. Et oui c'est comme pour les infirmiers.
166 Donc tu as un médecin bureau du secteur nord et un médecin de bureau au secteur sud. Voilà. Et après
167 sinon, ils sont dans leurs bureaux là, tu sais, au premier étage.

168 La coordination il va faire liaison entre tous les intervenants, s'occuper de l'organisation et faire un
169 suivi des soins et du patient sur la durée. Comme les infirmières Co.
170 L'équipe de liaison, ils vont faire les évaluations d'entrée.

171 Moi : En liaison, ils voient le patient à l'entrée, ils font l'évaluation d'entrée et ils ne s'occupent pas de
172 la sortie ?

173 IDE 1 : Oui voilà, ils ne s'occupent pas du patient durant son séjour à l'HAD et ne décident pas de la
174 sortie mais c'est à eux qu'on va quand même demander les ordonnances de sortie par exemple.

175 Moi : c'est quand même le médecin de liaison qui va faire ça ?

176 IDE 1 : Oui c'est le médecin qui va faire ça, le médecin de l'HAD

177 Moi : Oui, mais le médecin de liaison ?

178 IDE 1 : Et bien en fait, il n'y a pas de médecin de liaison. En fait maintenant, ils sont catégorisés par
179 secteur géographique.

180 Moi : Ah d'accord.

181 IDE 1 : Donc t'as, ce qu'on disait, ton médecin bureau au nord, ton médecin bureau au sud, qui sont
182 l'astreinte téléphonique et que tu peux appeler jour, nuit, week-end.
183 Et après, tous les médecins sont sectorisés de la même façon. Donc tu as celui qui va être secteur
184 Vitré, celui qui va être secteur Fougères, secteurs Renne-nord ou Rennes-sud, Janzé, etc. Et donc ils
185 sont sectorisés comme ça. Du coup quand tu es IDE en coordination et que tu as besoin de t'entretenir
186 avec le médecin tu vas voir en fonction du secteur géographique du patient pour trouver le médecin
187 qui le suit. Et quand il y a une nouvelle entrée dans ce secteur, ce même médecin va être le médecin de
188 liaison, il va venir avec une IDE de liaison pour faire l'évaluation d'entrée...

189 Moi : D'accord ! et pour la sortie c'est un médecin du secteur qui va faire les ordonnances de sortie en
190 reprenant temporairement la casquette de "liaison" ?

191 IDE 1 : C'est ça.

192 Moi : D'accord. Et ces médecins ils ont des spécialités ?

193 IDE 1 : Tu en as qui passent des DU oui, soin palliatif ou réadaptation par exemple.

194 Moi : Du coup, eux qui sont spécialisés, même si ce n'est pas leur secteur, est-ce qu'on va faire appel à
195 leur expertise ? leur spécialité ? Par exemple, si tu as un t'as un problème précis pour un patient qui
196 n'est pas dans le "bon" secteur par rapport au médecin qui serait spécialisé vis-à-vis de ce problème, il
197 t'arrive de t'adresser plutôt à ce médecin-là ?

198 IDE 1 : Eh bien non, on ne va pas faire appel forcément à lui en tout cas. Ça ne m'est jamais arrivé.

199 Moi : Si les médecins ont des doutes sur la façon de faire, peut-être qu'ils voient ça entre eux ?

200 IDE 1 : Ils peuvent en discuter, ouais je pense en fonction de situations particulières, oui, oui. Parce
201 que des fois quand tu vas aller en voir un, certains vont te dire... quand tu es en coordination et que tu
202 staffes tes patients par exemple : et que tu vas staffer un de tes patients et le médecin qui est présent au
203 staff ce n'est pas forcément un de ses patients, tu dis par exemple je voudrais présenter ou qu'on parle
204 de Monsieur Y, le médecin va te dire "ah bah oui j'en ai entendu parler..." donc oui je pense qu'ils en
205 parlent entre eux.

- 206 Moi : Et oui d'ailleurs les staffs, ils ont lieu une fois semaine ? par secteur ? et qui fait le choix des
207 personnes "staffées" ?
- 208 IDE 1 : Ce sont les IDE coordinatrices qui choisissent qui elle veulent staffer. Donc en général c'est
209 quand... donc de toute façon pour qu'un patient soit staffé, il faut que tu attendes 7 jours après l'entrée
210 pour les staffer. Généralement c'est souvent sur des patients qui ont eu des problématiques
211 dernièrement, ou des patients qui n'ont pas été aussi staffés par exemple depuis longtemps. Voilà, tu
212 vas présenter leur dossier... c'est particulier les staffs en général.
- 213 Moi : Particulier ?
- 214 IDE 1 : Oui parce que bah... tu es un peu tout seul quoi, tu déroules ton truc...face à un médecin qui n'a
215 pas forcément connu ce patient... Après ça peut arriver que tu puisses avoir quelques conseils mais
216 bon, ce n'est pas non plus...
- 217 Moi : Et les IDE de chevet, elles peuvent y assister ?
- 218 IDE 1 : Tu as toujours un ou deux infirmières de chevet qui y assistent oui, mais c'est pareil, ça dépend
219 de qui peut être présent, on ne connaît pas forcément les mêmes patients au sein d'un même secteur.
220 En rééducation c'est différent ! parce que bah tu as tous les rééducateurs qui sont là, donc tu as le kiné,
221 tu as l'enseignant d'activité physique adaptée et tu as l'ergo... Et clairement c'est un plus, ce n'est pas
222 pareil parce que tu déroules pas ton patient de la même façon. On les staffe tous déjà, les patients
223 passent tous en fait et c'est beaucoup plus les rééducateurs qui vont tous donner leur point de vue.
- 224 Moi : Leurs évaluations en fonction de leurs compétences ?
- 225 IDE 1 : Exactement et du coup tout le monde les connaît, tout le monde connaît le patient dont on
226 parle finalement. Donc c'est beaucoup plus pertinent en fait.
- 227 Moi : Et les moments où se font les transmissions à l'infirmière coordinatrice ? C'est donc le moment
228 où l'IDE de chevet va faire remonter l'information pour éventuellement, si c'est valable ou fréquent,
229 que ça puisse être staffé finalement ?
- 230 IDE 1 : Oui c'est ça, si le problème n'est pas très précis ou trop urgent pour que tu aies besoin d'appeler
231 le médecin directement, tu fais des transmissions auprès de l'IDE coordinatrice. Elle, elle va peut-être
232 avoir des idées ou elle va juger en fonction de ce que les autres IDE de chevet qui ont vu le patient lui
233 ont dit aussi, si elle a besoin de staffer le patient. C'est une étape intermédiaire en fait.
- 234 Moi : D'accord, merci. On peut retourner à la relation IDE de chevet/médecin si tu veux bien ? Est-ce
235 que tu te souviens d'une situation qui t'a amenée à contacter le médecin pour t'aider et est-ce que tu
236 veux bien la partager ?
- 237 IDE 1 : Oui, alors c'était un week-end. C'était cet été, une petite dame qui était prise en charge dans un
238 EHPAD pour une prise soin palliative. Quand je suis arrivée, il faut savoir que quand on arrive dans
239 les EHPAD, on demande toujours les transmissions aux infirmiers de l'EHPAD. Ce weekend là c'était
240 une infirmière intérimaire et qui ne connaissait pas la patiente. Quand je suis arrivée dans la chambre,
241 la patiente était en hyperthermie à 38 et quelques. Elle avait une fréquence respi. à 45 et elle est en
242 train de désaturer, je crois qu'elle était aux alentours de 75, il me semble.
243 Donc là, par exemple, j'ai appelé la médecin tout de suite pour mettre en place des choses. Donc on a
244 mis en place le concentrateur à oxygène, elle a prescrit des PCA et alors, manque de bol, elle m'avait
245 demandé de faire une petite injection de bolus d'Oxynorm, parce qu'on a toujours des petites ampoules
246 pour faire un bolus en attendant que les PCA se mettent en place... donc pas de bol, je n'en ai jamais
247 trouvé. Donc je ne sais pas s'il y avait eu un oubli ou si c'est moi qui aie mal cherché mais voilà...
- 248 Moi : C'était dans la boîte de réserve de médicaments qu'on laisse chez le patient ?

249 IDE 1 : Oui dans le coffre à stup. qu'on laisse sur place.

250 Moi D'accord. Et dans tout ça, donc à chaque fois c'est le médecin praticien de l'HAD que tu contactes
251 ? Le médecin traitant est évoqué comme "le médecin référent du parcours en HAD" tu peux être
252 amené à l'appeler ?

253 IDE 1 : Alors le médecin traitant, dans le cadre des soins palliatifs, on l'appelle... jamais ou quasiment
254 jamais. Par contre, il peut être appelé dans le cadre de tous les autres projets de soin thérapeutique.
255 Donc la personne qu'on prend en charge pour des soins de nursing lourds, pour des pansements
256 complexes... on va plus facilement téléphoner au médecin traitant. Pour gérer son traitement habituel,
257 pour gérer l'évolution de la douleur...

258 Moi : Pour tout ce qui ne rentre pas dans l'indication de l'HAD ?

259 IDE 1 : Oui et surtout pour ce qui ne rentre pas dans l'indication des soins palliatifs. On se rend
260 compte en fait que les médecins traitants, il y a mal de médecins traitants qui, quand on parle de soins
261 palliatifs, sont malheureusement un peu perdus.

262 Moi : D'accord. Et du coup d'un point de vue général, comment est-ce que tu qualifierais ta relation
263 avec les médecins du service ? Je rappelle que ça sera anonymisé bien sûr.

264 IDE 1 : oui, oui, [rires]
265 Alors.... Parce qu'en fait si tu veux maintenant que j'ai fait donc : chevet puis coordination et bientôt
266 liaison, en fait ça a évolué. Parce que maintenant je les connais. Bah je les connais quasiment tous.
267 Bah ça dépend des médecins en fait, voilà.
268 Tu en as qui sont vraiment adorables.
269 Bon clairement voilà, chacun d'entre eux en fait : fait son job ! Si tu les appelles pour leur dire qu'un
270 patient n'est pas bien, ils vont tout mettre en place pour arranger les choses.
271 Mais tu as certains médecins qui vont être un peu plus piquants en fait. Ils vont piquer.
272 Par exemple pour la dame en EHPAD dont je parlais tout à l'heure, quand j'ai rappelé la médecin pour
273 lui dire que je n'avais pas d'ampoule d'Oxynorm, elle m'a dit : « bah comment ça, tu n'en as pas ?!
274 c'est pas possible !", "Bah si c'est possible, il n'y en a pas, il y en a pas quoi" et voilà quoi. D'autres
275 médecins vont quand même être beaucoup plus abordables déjà et puis qui vont comprendre, "bah il
276 n'y en a pas, on va faire autrement", "on va essayer de mettre les PCA en place plus vite...". Mais
277 sinon en majeure partie, ce sont de bons médecins.

278 Moi : Ok. Et est-ce que pendant certains de ces appels que tu as passé aux médecins, tu as eu la
279 sensation de ne pas forcément comprendre ce qu'eux attendaient de toi ? ou que la communication ne
280 se passait pas bien ?

281 IDE 1 : Non, en règle générale, je pense qu'on s'est toujours compris, j'ai pas eu trop de soucis
282 particuliers pour les comprendre et moi pour me faire comprendre, on a toujours réussi à trouver une
283 solution.

284 Moi : Tu as pu transmettre ton point de vue ? et il a été écouté/entendu ?

285 IDE 1 : Complètement !

286 Moi : Et est-ce que tu dirais que les décisions qui ont été prises l'ont été de façon collégiale ?

287 IDE 1 : Bah non, collégiale, c'est quand il y a plusieurs professions non ?

288 Moi : Que vous étiez tous les deux d'accord en tout cas ?

289 IDE 1 : Ah oui, bah oui. Après des fois ça arrive, ça m'est arrivé, c'est aussi arrivé à d'autres
290 collègues... De parfois d'aiguiller un peu.

291 On avait un patient qui était encombré depuis une semaine, on faisait, alors c'était un monsieur en
292 soins palliatifs, malheureusement on avait beau expliquer à sa femme qu'il fallait qu'elle arrête de lui
293 donner à boire et à manger et malheureusement elle continuait. Donc l'encombrement était là. Sauf
294 qu'en fait sur toute la semaine on ne faisait que des injections ponctuelles de Scoburen. Sauf qu'au
295 bout d'un moment en fait ces injections ponctuelles ne fonctionnaient plus. C'était un samedi et voyant
296 les transmissions de la semaine quand j'ai appelé le médecin je l'ai un peu aiguillé en disant "bah est-ce
297 qu'on ne pourrait pas mettre une PSE [de diurétiques] ? après il m'aurait dit non... il m'aurait dit non !
298 c'est lui le doc hein ! Mais voilà, parfois ça arrive qu'on aiguille... il accepte ou pas mais...

299 Moi : D'accord. Alors justement on va s'arrêter un peu sur la collaboration infirmier médecin. Selon
300 toi, comment ça s'organise et se vit au quotidien, la collaboration avec le médecin ? On en parlé déjà,
301 mais est-ce que tu dirais que cette collaboration est différente au sein de l'HAD par rapport à d'autres
302 services ? et dans quelles mesures ?

303 IDE 1 : Et bien je pense qu'on collabore mieux.

304 Moi : Mieux ?

305 IDE 1 : Oui. Le médecin, il est quand même beaucoup plus disponible. Déjà au chevet, on a toujours
306 un médecin de bureau qui est disponible pour nous répondre en cas de problème. Et même si lui ne
307 répond pas, on peut appeler celui qui est sur l'autre secteur. Ou même au niveau de la coordination, ou
308 s'il y a quelqu'un de liaison, ils sont facilement joignables. On va pouvoir facilement évoquer les
309 problèmes, en fait. Et je trouve qu'ils sont plus disponibles que dans un service plus classique, même si
310 mes souvenirs de services, moi, c'était quand j'étais étudiante, en fait. Mais j'ai vu des médecins quand
311 j'étais étudiante dans des services hospitaliers qui n'étaient pas forcément très dispo quoi.

312 Moi : D'accord, et est-ce que tu as une situation clinique où la collaboration, pour toi, a été différente,
313 peut-être encore mieux que d'habitude ? Où ça a été encore plus facile ? ou plus poussée ?

314 IDE 1 : Alors j'ai eu, mais c'était quand j'étais en coordination, je ne sais pas si ça peut aller ?

315 Moi : Si, bien sûr.

316 IDE 1 : Ben en fait, j'étais en suivi de soins, tu sais ? j'allais faire mon suivi soin et c'était un monsieur
317 qui avait, donc pas du tout un monsieur en soin palliatif, c'était un monsieur qui avait un drain biliaire
318 et qui avait une stomie. Il avait des antécédents d'hémorragies digestives. Et en fait, quand je suis
319 arrivée, il avait... Donc il avait une poche au niveau de son drain biliaire et sa poche stomie contenait
320 du sang.
321 Je me suis inquiétée parce que je me suis dit qu'il était peut-être, ou probablement en train de faire à
322 nouveau une hémorragie digestive et donc là : j'ai appelé le médecin.
323 On a mis en place voilà certaines thérapeutiques... mais là où je veux en venir c'est que le médecin m'a
324 en même temps quand même pas mal aidé. Parce que ce qui n'était pas facile c'est que ce patient n'était
325 pas en soin palliatif mais dans cette situation-là, il a fallu en reparler. Le monsieur n'avait déjà pas
326 voulu être hospitalisé alors qu'à la base, ça aurait été sûrement mieux. Mais puisque ce n'était pas du
327 soin palliatif, devant cette évolution on a dû lui reparler d'une hospitalisation mais le patient a été très
328 clair en disant qu'il ne voulait surtout pas être hospitalisé. Je trouve qu'il y a eu une belle collaboration
329 avec le médecin, il a pu un petit peu me soutenir aussi entre guillemets, parce qu'en évoquant un peu
330 les soins palliatifs avec le patient ça lui a fait peur. Oui parce que pour beaucoup de personne, le mot
331 palliatif, ça veut forcément dire mort, ce qui n'est pas du tout arrivé d'ailleurs, parce qu'en fait ça s'est
332 très bien terminé. Mais j'étais là, entre le patient qui avait peur et cette réflexion de soins palliatifs du
333 côté du médecin... ce n'était pas évident et le médecin, même si c'était par téléphone, m'a aidé à
334 trouver les mots pour aborder les choses avec le monsieur. Mais je trouve que oui, je ne dis pas que ça
335 a été plus facile, parce que chaque problématique que les patients vont rencontrer malheureusement,
336 au niveau de leur état de santé, est toujours compliquée. Mais là-dessus, quand tu as eu ce souci-là, je
337 trouve qu'il y a eu une très bonne collaboration.

338 Moi : Ok, et bien super ! Est-ce que tu vois des choses à éventuellement rajouter ? ou à des autres
339 sujets ou approches à aborder sur ce sujet qui est : l'analyse clinique infirmière en collaboration avec le
340 médecin ?

341 IDE 1 : Là, je n'ai rien qui me vient...

342 Moi : D'accord

343 IDE 1 : J'espère avoir répondu à tes questions ?

344 Moi : Oui, bien sûr. Merci beaucoup !

A été ajouté à la suite des 3 entretiens afin de confirmer les choses :

345 Moi : À la suite de ce que j'ai pu obtenir comme réponses au cours de mes entretiens, j'aimerais qu'on
346 refasse le point concernant la planification des soins et des tournées : comment sont programmées les
347 tournées ? comment s'organise la planification des soins depuis l'arrivée du patient jusqu'aux équipes
348 de chevet au cours de son séjour ? Comment s'organise la modification des tournées au sein d'une
349 même journée si une nouvelle mission est ajoutée à la planification ? Et qui décide quel infirmier de
350 chevet prend en charge quel patient, y a-t-il une spécialisation des infirmiers en rapport avec leur
351 expérience(s) ou leur(s) formation(s)?

352 IDE 1 : À l'entrée du patient dans le service de HAD, l'IDE de liaison prévoit les intervenants :
353 combien de passages il va falloir etc. La coordinatrice va réévaluer pour ajouter ou diminuer les
354 interventions (nombre et durées) selon l'évolution des besoins du patient durant son séjour. Pour les
355 tournées c'est la permanence des soins qui gère, aidée par les cadres du secteur. Chaque IDE de chevet
356 part en tournée en fonction de son secteur attribué (nord ou sud), si une mission est ajoutée c'est le
357 bureau de permanence qui va choisir un IDE en fonction de la zone géographique de chacun et aussi
358 en fonction du nombre de patients qui leur reste à voir. Ça peut aussi être en fonction des heures qui
359 restent à faire à chacun. De façon générale pour le choix des IDE il existe des listes : certains IDE sont
360 par exemple « ok pédia », d'ailleurs on dit qu'ils sont « référents pédia », d'autres sont référents
361 chimiothérapie, etc. Mais pour ce qui est des soins en général il n'y a pas de règle hormis lorsqu'un
362 IDE n'est pas à l'aise avec tel ou tel soin. Moi par exemple je ne suis pas du tout à l'aise avec les
363 trachéo. et les sondes nasogastriques ou alors il faudrait qu'on soit en binôme ce qui serait, pour
364 certains soins, plus confortable que ce soit pour moi ou pour le patient.

Entretien n°2

- 1 Moi : Donc je vais te donner le grand thème
- 2 IDE 2 : Attends je vais prendre un stylo pour noter ça
- 3 Moi : Oui, parce que c'est vrai que ce n'est pas forcément très buvable
- 4 IDE 2 : Je me rappelle quand j'ai fait le mien c'est... heureusement que j'aimais le thème que j'abordais
5 parce qu'à le faire relire par mes proches etc. quand je voyais ce que j'avais fait, je me disais "mais ils
6 ne doivent rien comprendre ?!"
- 7 Moi : Oui c'est ça, on se remet en question à chaque étape... Alors, la question de départ, ça va être :
8 "Dans quelle mesure l'analyse clinique infirmière contribue-t-elle, en collaboration avec l'équipe
9 médicale, à améliorer la prise en soin d'un patient hospitalisé à domicile ?"
- 10 IDE 2 : hospitalisé à domicile, en HAD ? Ou ça peut être... ?
- 11 Moi : Non, non, hospitalisé, donc forcément en HAD. En fait je trouvais que c'était un contexte de soin
12 qui interrogeait encore peut-être différemment cette question de relation entre le médecin et l'infirmier...
13 mais tu vas me dire ce que tu en penses justement, à travers les différentes questions de ma grille
14 d'entretien. Tu vas me dire, on va voir, voilà. Écoute du coup je vais te demander d'abord de te présenter
15 si tu veux bien.
- 16 IDE 2 : Alors moi du coup, je m'appelle C., je suis infirmier depuis un an maintenant, j'ai 22 ans. À la
17 sortie du bac, je me suis inscrit en école, ça a été un choix depuis assez jeune quand même. J'ai fait mes
18 études comme P. du coup, à V., dans la même promotion, on a été diplômés en février 2023. Oui ça va
19 faire un peu plus un an qu'on est diplômé. Je n'ai connu que la HAD en tant qu'infirmier.
- 20 Moi : D'accord.
- 21 IDE 2 : Même en tant que soignant d'ailleurs, que ça soit en tant que soignant pendant toutes mes études,
22 dès la fin de la première année et jusqu'à ma troisième année pendant les vacances... j'ai fait des missions
23 pour l'HAD en tant qu'AS. J'ai aussi fait mon stage très professionnel là-bas.
- 24 Moi : D'accord.
- 25 IDE 2 : Donc en fait j'ai connu, à part avec mes autres stages, je n'ai connu que l'HAD comme lieu de
26 prise en charge.
- 27 Moi : D'accord, ok. Et t'y es rentré du coup juste après ton diplôme ?
- 28 IDE 2 : Juste après mon diplôme, j'ai été diplômé le 7 mars et je suis rentré le 8.
- 29 Moi : Ok, d'accord. Donc là, finalement, ça fait un peu plus d'un an que tu es en poste là-bas ?
- 30 IDE 2 : Oui c'est ça. J'y ai fait du jour d'abord, puis de la nuit et là je suis repassé sur le jour.
- 31 Moi : Ok. Et en tant qu'IDE de chevet ?
- 32 IDE 2 : Oui je n'ai fait que du chevet jusqu'à présent. Là je me suis inscrit pour être référent pédiatrique.
33 Normalement c'est en bonne voie, ils attendent juste d'avoir plus de monde parce qu'ils ont sélectionné
34 3 sur les 17 demandes et il en faut 5. Ils attendent d'autres candidatures, mais normalement, je serai

35 référent pédiatrique bientôt. C'est mon projet professionnel, déjà de base, c'est ce qui m'a donné envie
36 d'être infirmier.

37 Moi : Donc ça veut dire qu'ils attendent un certain nombre de personnes pour déclencher la formation,
38 c'est ça ?

39 IDE 2 : Le problème c'est qu'il y a eu 17 demandes mais qu'ils n'en ont retenu que 3. Donc ils attendent
40 d'autres demandes pour compléter à 5.

41 Moi : Ok, d'accord. Et cette formation pédia, tu sais combien de temps ça va être ou comment ça va se
42 passer ?

43 IDE 2 : Non pas trop encore. Ils nous ont dit qu'on allait être doublé. Ils ne savent pas trop encore... Il y
44 aura du théorique et du chevet. Je pense que le chevet ça va peut-être être 3 à 4 jours en doublure, pour
45 le théorique : peut-être deux journées.

46 Moi : D'accord, ça a évolué un petit peu alors parce que je me souviens que quand je suis passé en stage
47 moi, les uns et les autres disaient qu'il n'y avait pas forcément assez de monde en pédia. et du coup : ça
48 obligé des IDE "classiques" à faire de la pédia alors qu'ils n'étaient pas forcément formés.

49 IDE 2 : Non c'est toujours le cas. Après ils ont fait une liste de soignants avec "je suis ok pédia, je ne
50 suis pas ok", "je suis ok pédia mais que : en binôme avec des puéricultrices ou des auxiliaires" et du
51 coup, là oui, ça commence à pousser, surtout qu'en plus là il y a des puér. qui commencent à partir de
52 l'HAD, enfin qui prennent une dispo... Donc là ils vont avoir besoin de monde donc je pense que ça ne
53 va pas tarder, dans pas longtemps ils lui vont donner les résultats et lancer les formations.

54 Moi : Ok, ok, bon bah écoute, super. Du coup, si tu veux bien, on va parler du contexte de soins, de
55 l'organisation un peu de l'HAD... pour commencer : est-ce que tu veux bien de me décrire une journée
56 type de chevet ?

57 IDE 2 : Oui, pas de problème. Alors une journée type du coup, on prend notre tournée sur notre
58 téléphone, qu'on analyse déjà puis on va voir le bureau de permanence des soins. Au tout début on allait
59 voir la permanence des soins puis après on analysait notre tournée mais maintenant, avec un peu d
60 l'expérience, on fait l'inverse, pour pouvoir justement aider à la bonne organisation de la journée. Après
61 du coup tu prends ta tournée, tu regardes les patients, tu vérifies si tu as tout ton matériel et tout ton
62 équipement à ramener pour être sûr de ne rien oublier sur place. Parce ce que du coup comme tu le sais,
63 on ne revient jamais à l'HAD pour venir chercher un peu de matos donc il faut toujours être sûr d'avoir
64 une mallette complète et tout l'équipement nécessaire pour ta tournée. Après ça, on se déplace chez le
65 patient. On est en collaboration, enfin parfois on est seul, mais on est souvent en collaborations avec
66 d'autres intervenants extérieurs, enfin ça peut être nos collègues infirmiers et AS, AVS mais ça peut être
67 aussi des IDEL, ça a peut-être des ADMR, des auxiliaires de vie, etc. etc... Donc tout ça pour des soins
68 qui... sont quand même hyper variés. Il faut savoir qu'il y a quoi... à peu près 40% de prises en charge
69 palliatives, 40% de prises en charge de pansements complexes et après le reste, ça reste de la rééducation,
70 de l'enfant, des antibiotiques etc. Donc au niveau d'une journée, elles ne se ressemblent pas tellement.
71 Mais autrement, dans l'organisation, ça reste plus ou moins la même chose.

72 Moi : Mais du coup les patients que tu vas voir un jour, tu ne vas pas forcément les avoir le lendemain
73 ? ou dans la semaine ?

74 IDE 2 : Ça reste une prise en charge quand même... et c'est ce qu'on explique bien aux patients : "au vu
75 du nombre de patients et du nombre des soignants, il y a un énorme turnover". Bon les patients
76 chroniques on a plus de chance quand même de les revoir plus souvent qu'un patient avec une prise en
77 charge aigüe mais ça reste quand même très aléatoire.

78 Moi : D'accord, Donc est-ce que tu dirais que l'organisation du poste de chevet te permet de suivre les
79 patients dans le temps ? ou pas ? ou pas totalement ?

80 IDE 2 : Pas totalement. Heureusement maintenant qu'on a de plus en plus de transmission tous les midis,
81 qu'on est tous assidus dans nos dossiers patients que ce soit en indiquant ce qu'on fait ou pour aller voir
82 toutes les transmissions des collègues mais il n'y a pas ce suivi qu'on pourrait avoir en structure
83 hospitalière du début à la fin, de voir son patient tous les jours.

84 Moi : D'accord. Maintenant si tu veux bien qu'on parle un peu de la prise en soins ? Du prendre un soin.
85 Comment est-ce que toi tu définirais le prendre en soin de façon générale ?

86 IDE 2 : Le prendre soin alors déjà c'est dans la globalité, on ne prend pas en soin que notre patient. On
87 prend vraiment en soin tout l'entourage, tout l'environnement du domicile. Parce que du coup, bon là,
88 je vais m'axer plus sur les soins palliatifs, ça reste quand même sur des patients plus ou moins
89 communicants, plus ou moins lourds en prise en charge que ce soit pour nous comme pour la famille.
90 Donc c'est vraiment une prise en charge globale, que ce soit moralement, physiquement,
91 thérapeutiquement, mais je ne sais pas si ça se dit ? Oui on reste quand même sur une prise de charge
92 où moi, je le globalise vraiment et énormément avec l'entourage, surtout au domicile.

93 Moi : D'accord et tu vois d'autres spécificités par rapport à des services classiques, toujours concernant
94 la prise en soins ? Ou pas ? environnement et famille, tu penses à autre chose ?

95 IDE 2 : Oui après c'est surtout en fait... on doit s'adapter sans cesse aux domiciles parce que rien ne se
96 ressemble. On peut aller aussi bien en plein centre-ville qu'en campagne profonde, avec des logements
97 insalubres comme des logements hyper propres... Il faut vraiment s'adapter, enfin on s'adapte au
98 maximum tous les jours sur cette prise en charge. Après ça reste globalement la même chose qu'à
99 l'hôpital : on a le même matériel, pour s'occuper des patients on a le même confort, enfin pas le confort
100 mais entre guillemets le lit médicalisé, l'oxygène à la disposition, tous les traitements médicaux que ce
101 soit hospitalier ou extrahospitalier donc il y a quand même globalement la même chose qu'à l'hôpital.
102 Après par contre au niveau du confort des patients, moi c'est pour ça aussi que j'ai adoré dans l'HAD et
103 que j'ai voulu y travailler, c'est vraiment... on sent vraiment le patient beaucoup plus à l'aise qu'en
104 structure hospitalière. Il est chez lui, nous on n'a pas... enfin maintenant on commence à avoir un habit
105 qui va se ressembler au maximum pour tous les soignants avec un t-shirt et ils parlent aussi de mettre en
106 place un pantalon ect... mais à l'hôpital c'est vraiment... tout le monde est en blouse blanche, pantalon
107 blanc.... Il y a cette barrière, je trouve, que du coup on n'a pas au domicile.

108 Moi : D'accord. Et si je te dis autonomie dans ce contexte-là, qu'est-ce que tu me dis ?

109 IDE 2 : Là il n'y a pas trop le choix ! On est quand même très joignable entre collègues, donc s'il y a
110 des besoins on sait s'aider, que ce soit de jour comme de nuit, encore plus de de nuit, parce que de nuit
111 il n'y a pas de permanence des soins. La nuit c'est permanences des soins, chevet, coordi. , on fait tous
112 les postes sauf médecin. Donc on est quand même très joignable entre collègues. La journée les médecins
113 sont quand même plus à disposition, les IDER aussi, pareil, mais il faut quand-même énormément
114 d'autonomie au domicile et être dégourdi dans ses actions. Après, je ne le ressens pas comme un poids,
115 pas du tout. Je sais qu'on a les outils à côté pour nous aider, pour nous accompagner. Donc, on reste
116 autonome, mais on sait qu'on a des aides à côté.

117 Moi : D'accord, ok, Et dans la continuité du prendre en soins, si on parle du projet de soin ? comment il
118 est mis en place le projet de soin et quel est le rôle de l'infirmière dans ce projet de soin ?

119 IDE 2 : Alors ça sera plus les infirmières coordinatrices au début de la prise en charge qui vont faire
120 entre guillemets le projet de soins. Après il va beaucoup être suivi par les infirmières référentes dû à
121 toutes nos interventions et à toutes nos transmissions justement pour les aiguiller au mieux elles pour
122 modifier le plan de soin et le projet de soin. Donc il est vraiment créé par l'infirmière coordinatrice et
123 l'infirmière référente. Après ça reste comme en structure hospitalière mais tout ce qui est côté
124 administratif etc ce n'est pas nous qui gérons, contrairement à une infirmière en structure. Donc nous,
125 au chevet, c'est beaucoup de transmissions aux infirmières référentes, mais autrement au niveau du projet
126 de soins, c'est plus elles qui le font.

127 Moi : Donc alors, parce que là du coup je ne suis plus sûr de moi. L'infirmière référence, elle aura... elle
128 va avoir quelques patients, peut-être une dizaine maximum ?

129 IDE 2 : Oui, c'est quasiment 20 maintenant.

130 Moi : Quasiment 20 d'accord, et elle est celle à qui... c'est celle dont on note le nom et le numéro de
131 téléphone sur le dossier papier qu'on laisse au patient ? pour que les patients ou leur famille puissent
132 l'appeler directement. C'est cette personne-là ? L'interlocutrice principale, l'infirmière qui connaît le
133 mieux le dossier en gros ?

134 IDE 2 : Oui c'est ça, et qui va faire des suivis de soins une fois par semaine à peu près ou des suivis
135 toutes les deux semaines. Elles vont les voir au domicile. Et c'est elles qui gèrent tout leur... quand les
136 patients ont une question au niveau organisationnel, les patients vont voir avec cette infirmière-là, pour
137 qu'elle puisse caler nos passages, qu'elle puisse caler des ambulances, s'il y a besoin de transport,
138 vraiment c'est elles qui gèrent tout le côté administratif.

139 Moi : D'accord. Mais alors la coordinatrice elle fait quoi ?

140 IDE 2 : La coordinatrice justement c'est celle qui va voir le patient à l'hôpital ou à domicile, mais souvent
141 ça reste quand même à l'hôpital, avant la prise en charge en HAD. Elle regarde son dossier patient, elle
142 fait un récapitulatif de son dossier de patient : histoire de la maladie, antécédents, contexte de la demande
143 etc et une fois qu'elle a fait ça, elle nous transmet le dossier à nous, infirmiers de chevet qui allons faire
144 l'entrée et elle le transmet aussi à l'infirmière référente. En fait les coordinatrices elles font vraiment le
145 lien entre une sortie d'hôpital et une autre entrée dans la structure.

146 Moi : Ok, super, bon bah du coup on va passer à l'analyse clinique de l'infirmier. Alors la question, c'est
147 : "comment se vit l'analyse cliniques infirmière en HAD ?" Qu'est-ce que ça t'évoque et comment est-ce
148 que tu vis l'analyse clinique infirmière en HAD?

149 IDE 2 : Qu'est-ce que tu appelles "Analyse Clinique" ?

150 Moi : En fait, pour moi, ça va être : au chevet du patient, la démarche de ton raisonnement et de ton
151 examen clinique, et tout ce qui va en découler. Mais peut être que pour toi tu vois ça autrement ? En
152 fait, si tu es amené à prendre une décision, quelle qu'elle soit, est-ce qu'elle va être basée sur un examen
153 clinique ? ou pas ? comment tu procèdes auprès du patient ? Qu'est-ce que tu vas mettre en place ?
154 Comment est-ce que tu raisones et prends des décisions ?

155 IDE 2 : D'accord, vas-y alors repose ta question.

156 Moi : La question c'était "comment se vit l'analyse clinique de l'infirmière en HAD ? peut-être que tu
157 peux partir d'une situation vécue où tu aurais rencontré un patient...

158 IDE 2 : Ok oui. Donc souvent ça part d'un dysfonctionnement, que ce soit de l'état du patient ou de la
159 prise en charge. Sur une dégradation de l'état général d'un patient par exemple : on va d'abord mettre en
160 place toutes les prescriptions médicales qui sont anticipées, ce qui est souvent fait quand même pour les
161 trois quarts des patients de l'HAD. Donc déjà de nous-mêmes on va aborder les choses en se posant la
162 question : "est-ce que je peux intervenir sans avoir à appeler pour l'instant notre médecin ?". Du coup si
163 on peut mettre en place les thérapeutiques ou pas, si on voit une évolution ou pas. Dans l'analyse clinique
164 comme tu dis, on va quand même pas mal se référer au médecin. Donc dans un appel médecin du coup,
165 on l'appelle on lui dresse notre tableau clinique donc notre analyse. Lui quand même dans les trois
166 quarts du temps nous fait pas mal confiance mais du coup il y a des médecins qui sont très demandeurs
167 de la conclusion de notre analyse ; la question qui revient dans ce cas-là c'est : "Qu'est-ce que nous, on
168 ferait sur cette situation-là ?". Du coup voilà, de base comme je t'ai dit on commence par nos traitements
169 anticipés puis après à une mise en place d'autres traitements si justement il n'y a pas d'amélioration de
170 l'état du patient avec les anticipés ou s'il n'y a pas d'anticipés ou s'ils ne correspondent pas au problème,
171 donc on fait ça avec le médecin. Après il peut aussi bien y avoir un appel du coup au 15 devant une

172 dégradation trop importante de l'état général et qu'il y a besoin d'une intervention en urgence vitale. Mais
173 à la question du "comment on le vit"... ça va peut-être être un peu plus compliqué parce qu'on est quand
174 même tout seul au domicile donc on revient à ton autre point, celui de l'autonomie. On sait qu'il faut
175 prendre les bonnes décisions, on sait aussi qu'il ne faut pas trop appeler le médecin en plus, quand il n'y
176 a pas forcément besoin de l'appeler... Donc c'est vrai que sur ce point-là, ça peut être vite... Comment
177 on peut dire ça ? Ça peut vite être stressant. Mais je trouve qu'au fur et à mesure, avec l'aisance, et le fait
178 de vivre ce genre de situations entre guillemets de plus en plus, on arrive quand même à bien s'adapter.
179 Je ne sais pas si je suis très clair ?

180 Moi : Ha si, si c'est super intéressant, tu abordes plein de choses...

181 IDE 2 : Et pour venir sur l'analyse, "comment se vit l'analyse clinique ?" Oui on revient quand-même
182 beaucoup sur le point de l'autonomie. On en revient sur l'autonomie mais après on est quand même bien
183 aiguillé par les médecins qu'on appelle. Tu avais mis des questions en parallèle toi ?

184 Moi : Oui mais tu as déjà répondu à pas mal d'entre elles. Tu vois par exemple j'avais mis : "si tu as
185 besoin d'aide est-ce que tu trouves de l'aide rapidement ? Et auprès de qui ?" là j'avais un peu divisé
186 entre le côté IDE et médical. Donc : "Qu'est ce qui te fais finalement appeler le bureau de permanence
187 des soins ou l'IDE référente, quel contexte, quel aide ils peuvent t'apporter ?" et "dans quel contexte tu
188 vas directement appeler le médecin de la HAD, de bureau"...Et donc, du coup, tu as déjà répondu à tous
189 ces points-là. Après, dans le pratico-pratique, "quels sont les outils de transmission ?". Bon je pense que
190 c'est assez clair pour moi, mais en gros tu as ton téléphone ou la tablette patient, d'ailleurs elle existe
191 encore ?

192 IDE 2 : Oui elle est toujours là mais on n'utilise pas tellement parce qu'on a tout sur le téléphone.

193 Moi : J'étais en stage au moment du début de déploiement de ces tablettes et c'est vrai qu'on en discutait
194 déjà en disant que ça faisait un peu doublon... En tout cas... donc tu trouves que le téléphone et
195 MobiSoins, ça fonctionne bien ?

196 IDE 2 : Oui franchement, c'est hyper clair, pratique pour chercher des informations sur patients... Après
197 c'est comme tout, faut s'y adapter, faut s'y habituer, mais une fois que tu as vraiment bien pris en main
198 ton logiciel : c'est royal.

199 Moi : D'accord. Merci. Mais du coup tu as apporté des pierres à mon moulin que je n'avais pas forcément
200 prévues mais c'est au sujet des prescriptions médicales anticipées. On peut s'y arrêter une seconde ? Est-
201 ce qu'elles sont toutes 100% claires ? c'est à dire qu'il y a des cut-off précis ? par exemple la présence
202 d'un signe clinique ou alors il y a des valeurs de constantes claires : "au-delà de telle valeur de tension..."
203 par exemple ?

204 IDE 2 : Au début c'était un peu compliqué quand ça s'est mis en place, je ne sais pas exactement depuis
205 combien de temps c'est mis en place mais ça fait quand même un bout de temps. Au début, ça restait
206 bancal, ça restait hyper flou. C'était vraiment "SB Scoburen, en injectable, une ampoule, de telle date à
207 telle date" en gros sur 1 mois. Mais il n'y avait pas plus d'indication... vraiment : "si besoin.". Et
208 maintenant ils se sont mis à "Oxynorm, si polypnée ou si douleur, enfin EN supérieur à 6 sur 10" par
209 exemple. Franchement c'est plus clair c'est quand même de plus en plus aiguillé pour qu'on ait de moins
210 en moins à les appeler.

211 Moi : D'accord.

212 IDE 2 : Après on a, tu vois sur le Lasilix, je l'ai bien en tête celui-là, c'est toujours... ce qui est marqué
213 sur la presc. anticipée c'est "sur l'avis médical", donc celui-là on est obligé d'appeler pour revoir
214 ensemble s'il y a besoin de mettre en place ou pas le Lasilix. Et même du paracétamol, c'est bien marqué
215 : "Si hyperthermie, si douleur ", franchement c'est quand même bien aiguillé maintenant.

216 Moi : D'accord, donc le Lasilix tu dois appeler le médecin mais l'oxycodone tu as des indications où tu
217 peux être amené à décider seul, enfin sans les appeler quoi ?

218 IDE 2 : Oui. Enfin l'Oxynorm il est mis... je ne sais pas s'il est "sur avis médical" celui-là ?

219 Moi : Peut-être quand même non ? Enfin bref, ce n'est pas très grave, à moi aussi de vérifier de mon
220 côté...

221 IDE 2 : Je ne suis pas sûr parce que regarde, il est mis à l'avance dans tous les petits coffres à stups noirs,
222 les boîtes de médicaments qu'on laisse chez le patient. Tu as toujours une petite ampoule de Midazolam
223 et une d'Oxynorm. Souvent de toute façon, quand on en vient à faire ce type d'injection on appelle le
224 médecin parce que ça veut dire qu'il y a besoin de mettre en place un antalgique de palier supérieur soit
225 en continu soit en ponctuel... Mais si déjà ses antalgiques ne suffisent pas et qu'on est obligé d'injecter
226 de l'Oxynorm, ou même de Mida, souvent on va mettre en place une pompe derrière, une PCA... donc
227 on va faire un point avec le médecin. Mais en tout cas je ne suis pas sûr que pour ces prescriptions
228 anticipées là ce soit indiqué "sur avis médical".

229 Moi : Ok, merci. Et il quand même aussi une autre chose que tu m'as dite sur laquelle je voudrais revenir
230 c'est que certaines fois les médecins te disent : "bah toi tu ferais quoi en fait ?"

231 IDE 2 : Oui après c'est... enfin... dit comme ça ne fait pas très...

232 Moi : Non, non, mais je veux dire c'est peut-être intéressant à sonder, est-ce-que ça veut dire qu'il y a
233 des médecins qui... avec qui tu as des relations peut être... plus poussées ?

234 IDE 2 : C'est ça ! il y a des médecins, par exemple quand on était de nuit c'est vrai que c'était... on avait
235 souvent affaire aux mêmes choses donc on a même des protocoles qui avaient été fait justement pour
236 justement moins avoir à appeler les médecins. Donc c'est vraiment... on appelait les médecins vraiment
237 en cas d'urgence. De jour... enfin je pense que c'est dans toute structure c'est pareil, la hiérarchisation du
238 médecin par rapport à l'infirmier, chez certain médecin, ça va très bien le faire, ils vont se mettre entre
239 guillemets à notre même échelle. Et après... mais comme dans tout plan social, dès qu'il y a une
240 hiérarchisation un peu plus haute, il y a certaines personnes qui en jouent, mais comme partout ! Mais
241 après il y en a certains qui nous font confiance quand même, parce qu'ils savent que... enfin eux ils ne
242 voient pas souvent leurs patients, ils les voient à l'entrée avec l'infirmière coordinatrice justement quand
243 ils font l'entrée. Et après ils ont des suivis de matin, mais entre guillemets on voit beaucoup plus les
244 patients en étant de chevet, donc ils sont quand-même amenés à nous faire plus confiance. Mais
245 autrement, dans les trois quarts des fois, c'est eux qui nous aiguillent et qui nous ont disent ce qu'il faut
246 faire, et nous on agit.

247 Moi : D'accord. Et est-ce que tu aurais un exemple de situation qui t'a amené à contacter un médecin et
248 du coup ? ce qui s'est fait, vos échanges...les décisions qui se sont prises...

249 IDE 2 : De jour ? de nuit ?

250 Moi : Ah tu peux faire de nuit ! Ça peut être intéressant aussi de voir comment ça se passe la nuit, surtout
251 que moi je ne connais pas du tout.

252 IDE 2 : De nuit, oui j'en ai une. C'était un tout début de nuit donc, une patiente qui était en
253 décompensation respiratoire de base et du coup on intervient au domicile. En arrivant je constate qu'en
254 fait, elle commençait à "se vider", elle commençait à vomir, ça avait un aspect fécaloïde, plus ou moins.
255 Il y avait déjà une mise en place de 2 PCA chez elle, donc une d'anxiolytique, une d'antalgique. Il y avait
256 tous les traitements anticipés, que ce soit du coup du paracétamol, oui parce qu'elle était en hyperthermie
257 aussi à 40, il y a tous des traitements anticipés, donc j'ai commencé par tous les traitements anticipés
258 possibles, donc du scobu, j'ai fait le bolus de Mida et d'Oxynorm pour essayer de la soulager au
259 maximum et juste après de toute façon il fallait appeler le médecin pour d'autres conduites à tenir. Je lui
260 ai décrit la situation et on a décidé d'aspirer la patiente, enfin j'ai dû aspirer la patiente. On a mis en place

261 plein d'autres traitements du coup avec le médecin, il est resté très joignable. On a augmenté les deux
262 PCA au fur et à mesure. De toute façon on savait que c'était vraiment un épisode où la patiente n'allait
263 entre guillemets peut-être pas sortir vivante de ce moment-là donc... Donc on a fait au maximum pour
264 du palliatif. Au maximum de pour le confort. Après le médecin, enfin il a été présent et en fait dans un
265 premier temps on intervient entre guillemets, seul, et après quand on se met en relation avec eux ça coule
266 de source et on arrive à trouver quand même toutes les solutions possibles mais c'est vrai que le médecin
267 va quand même te faire énormément confiance à toi qui vois la patiente, qui l'a en face de toi. Donc c'est
268 vraiment toi qui l'aiguilles un maximum aussi, pour qu'il te prescrive certain thérapeutique quoi. Et ici
269 du coup pour l'augmentation des débits des PCA.

270 Moi : Oui. D'accord. Et juste, pour l'aspi du coup, tu l'avais pris dans ta mallette parce que de base c'était
271 une décompensation respi ?

272 IDE 2 : Non, de nuit on a tous un kit d'aspi dans notre voiture.

273 Moi : Ah oui, ok.

274 IDE 2 : On a un aspi, un bladder scan, des traitements d'urgence...

275 Moi : Un défibrillateur ?

276 IDE 2 : Non, on n'a pas ça. Mais on un aspi tout le temps, c'est pour ça que j'en avais un dans la voiture.
277 Et de toute façon l'équipe de jour était passé au préalable chez cette patiente en fin de journée, elle
278 commençait déjà à se dégrader. Donc en préparant ma tournée avec les collègues on avait pris en plus
279 des sondes adaptés pour cette patiente-là, on avait programmé ce deuxième passage. En fin de journée
280 il y avait déjà eu un appel médecin, et du coup on s'était dit quand même avec les collègues : on va
281 refaire un 2ème passage chez cette dame là et tu vois j'ai eu besoin de rappeler le médecin et il s'est
282 passé tout ça... et la patiente est décédée le lendemain midi.

283 Moi :D'accord. Merci. Si tu veux bien on va aller investiguer la relation médecin/infirmier donc pour
284 toi, comment tu qualifierais la relation avec les médecins du service d'un point de vue du général ?

285 IDE 2 : On est quand même sur une entraide ! On était peut-être plus dans l'entraide avant, quand il y
286 avait moins de patients, moins de soignants etc parce qu'on se connaissait plus, on se connaissait tous.
287 On se connaît un peu moins maintenant je trouve. Mais il y a quand même une bonne mentalité, il y a
288 quand même majoritairement une bonne mentalité sur la prise en charge et la collaboration
289 pluridisciplinaire, et pluriprofessionnelle.

290 Moi : D'accord.

291 IDE 2 : C'est vrai que les médecins on a souvent à faire à eux parce qu'on les appelle... tous les jours ils
292 ont des dizaines et des dizaines d'appels donc on est quand-même très souvent en contact avec eux.

293 Moi : D'accord. Et du coup juste : la nuit ? il va y avoir un médecin par secteur quand même ?

294 IDE 2 : Maintenant, oui. Avant, il n'y avait qu'un médecin. Donc il était seul pour les 300 et quelques
295 patients. Maintenant c'est passé, dernièrement il y a 15 jours, je crois. Il y a maintenant 2 médecins : le
296 nord et le sud.

297 Moi : Ok. D'accord. Et pendant tes appels téléphoniques, tu as tout le temps l'impression de bien
298 comprendre ce que le médecin attend de toi, et que lui a bien compris ton analyse, la communication se
299 passe bien ?

300 IDE 2 : Oui, de nuit c'est un peu plus compliqué parce que même nous on est d'astreinte, enfin on se
301 réveille pour aller chez le patient, on n'est pas toujours en forme parce qu'on vient de se réveiller, le
302 médecin c'est pareil. Mais autrement de jour comme de nuit, oui, on essaye quand même de se

303 comprendre enfin on arrive à se comprendre. Et on arrive de de plus en plus à dire des choses quand-
304 même et essayer de se faire comprendre et entre guillemets aussi se faire respecter dans nos décisions et
305 dans ce qu'on peut apporter parce que vraiment on a le patient en face de nous alors qu'ils sont vraiment
306 au bout du fil, mais ça se passe globalement bien.

307 Moi : D'accord et du coup, comme tu m'as présenté des situations où la communication et la
308 collaboration se sont bien passées, est ce que tu te souviens d'une situation où la communication elle n'a
309 pas amené une décision que toi tu aurais suivi par exemple ?

310 IDE 2 : Comment ça ?

311 Moi : Eh bien là tu me dis que c'est souvent, ou majoritairement donc, que les médecins te font confiance,
312 ils se fient à ton analyse, à ton évaluation... mais est-ce tu te souviens d'une situation où ton analyse
313 t'aurait amené à dire "il faudrait faire si", et le médecin te dit "non, moi je ne le vois pas le patient mais
314 on fait ça". Si tu as envie de partager ça bien sûr ?

315 IDE 2 : Oui. Oui ça arrive quand même quelquefois, surtout sur les PCA. Donc là c'était un patient qui
316 était en EHPAD, il était atteint de démence et là agité etc., qui ne faisait que de se dépiquer de son cathé-
317 cutané... Il avait une double PCA en place, Oxynorm et Mida. Il ne semblait pas... je pense c'était plus
318 de l'agitation due à ses démences, ce n'est pas une anxiété, ce n'était pas une douleur, enfin il n'y avait
319 aucun indice pour nous y faire penser, parce que c'est compliqué d'évaluer ça quand même, chez ces
320 patients avec ce genre de pathologies, mais on le sentait que ce n'était vraiment pas du tout une douleur
321 ni rien, du coup un patient hyper agité, on avait beau piquer, et repiquer... enfin du coup j'ai dû le piquer
322 deux ou trois fois dans la soirée... au bout d'un moment je dis : "il faut peut-être arrêter, ça ne sert à rien
323 de le repiquer une nouvelle fois, il va encore se déperfusionner." "Pourquoi pas justement trouver une
324 alternative avec un traitement perOs ?", qu'il prenne par exemple je ne sais pas un Seresta pour cette
325 nuit ou un autre anxiolytique, histoire qu'on n'ait pas besoin de brancher les PCI et qu'on arrête de
326 l'embêter et qu'on puisse réévaluer ça plutôt demain quand il sera plus apaisé... Mais le médecin qui
327 venait d'arriver à l'HAD ne voulait pas du tout, il ne voulait pas prendre cette décision de mettre en pause
328 les PCA jusqu'au lendemain matin. Pour lui il fallait absolument repiquer et repiquer le patient, on a dû
329 repiquer cinq fois, j'ai dû retourner deux fois à l'HAD, une première fois pour du matériel à perf, une
330 seconde parce que le patient, en se dépiquant, a fait tomber son pied à perf, ça a déchiré une de ses
331 poches donc tout le traitement était par terre... enfin il n'y avait vraiment rien qui allait... on a "perdu"
332 quatre heures de ma nuit à essayer de le piquer ... au bout de la 5^{ème} fois, c'est vrai que là... j'ai quand
333 même dit au médecin "c'est bon, là ça sert à rien que je réessaye de le piquer. Il n'y a aucun intérêt et
334 chacun de mes passages et de mes tentatives augmentent l'agitation et l'inconfort de ce patient", là elle
335 a bien voulu se décider à mettre un traitement perOs en place, il a pris un Doliprane à dissoudre et un
336 anxiolytique en gouttes, et je n'ai pas eu d'autre appel de la part des soignants le reste de la nuit, donc ils
337 ont dû revoir ça le lendemain, remettre en place les PCA... Mais voilà, d'après moi il n'y avait pas de
338 nécessité de s'acharner comme ça sur une nuit, chez ce patient. Après on nous dit de faire des choses
339 quand même qui, des fois, on n'est pas forcément totalement accord avec ça, mais après on n'a pas le
340 choix. Pour se sécuriser, vraiment pour se mettre en sécurité, on n'a pas le choix d'écouter nos
341 prescriptions médicales et les avis médicaux. Même si des fois ça ne reste pas toujours complètement
342 cohérent, enfin selon moi.

343 Moi : Et du coup dans ces cas-là, tu peux l'écrire quelque part ? par exemple : " j'ai mentionné mes
344 doutes quant à cette façon de faire ou quant à cette prescription... et ça a été révérifié par le médecin."
345 Est-ce que tu peux écrire ça dans les transmissions par exemple ?

346 IDE 2 : C'est dur parce que du coup une transmission ce n'est pas fait pour juger, mais là... ça peut vite
347 être pris comme un jugement, et ça reste quand même hiérarchiquement... Je ne sais pas comment dire
348 ça, mais les médecins sont plus haut placés que nous. En plus à l'HAD, on sait qu'il n'y a pas beaucoup
349 de médecins qui postulent, on sait très bien qu'on serait mis en porte-à-faux par rapport à eux quoi. Donc

350 ça on ne le dit pas trop, on essaye de le caler dans nos transmissions quand même mais
351 diplomatiquement, l'écrire noir sur blanc c'est compliqué. Après selon les situations on peut toujours
352 faire un rapport avec notre cadre. Mais c'est exceptionnel. Là par exemple, je te parle d'une situation où
353 on était de nuit donc le médecin venait de se réveiller... on en reparle le lendemain, on voit ça avec lui...
354 on le rappelle, on lui envoie un message et puis après en revoyant la situation ensemble... on comprend
355 mieux le pourquoi du comment l'un et l'autre. Mais l'écrire noire sur blanc comme ça, en plus dans un
356 dossier patient, ça reste compliqué.

357 Moi : Bien sûr. D'accord donc si on focus sur la relation médecin/IDE, la communication, si je te disais
358 qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans tout ça à l'HAD selon toi ? Qu'est ce qui pour être amélioré
359 dans la communication ou dans la relation ? si tu vois un point qui peut l'être ?

360 IDE 2 : Qu'est-ce qui est amélioré ? Oui : d'être plus proche je pense, physiquement de nos médecins
361 aussi, donc les voir plus souvent par exemple, enfin qu'ils viennent nous voir plus souvent en bas sur le
362 chevet. Nouer une relation quand même de confiance. Parce que c'est vrai que donner et recevoir des
363 ordres par téléphone à ou de quelqu'un qu'on ne connaît pas... on ne sait pas forcément à quoi il
364 ressemble... je trouve ça quand même très abstrait... il faudrait mieux se connaître, et plus se connaître
365 physiquement. Et peut-être aussi de temps en temps faire des suivis IDE/médecin : s'ils vont voir un
366 patient et qu'il y a besoin en plus de faire des soins là-bas, tant qu'à faire autant y aller en binôme, comme
367 ça au moins on peut se rencontrer, et eux aussi ça leur permettrait de connaître les infirmiers, ils peuvent
368 voir ce qu'on fait au domicile... ça pourrait pas être pas mal je trouve.

369 Moi : Et ta vision toi des staffs médicaux ? parce que quand t'étais de nuit du coup... tu ne pouvais pas
370 y assister si ?

371 IDE 2 : Non mais même de jour c'est... une fois toutes les six semaines qu'on fait un staff. Et puis on ne
372 staff pas tout temps les patients qu'on aimerait staffer... C'est vraiment : on staffe certains patients parce
373 que ça fait trois semaines qu'on ne les a pas staffés donc il faut les staffer mais il n'y a pas forcément
374 besoin de les staffer... ça reste très flou quand même. Et ce n'est pas fixe en fait, en chevet c'est une fois
375 toutes les six semaines... Des fois on est prévu au staff mais on n'est pas du même secteur... Ça reste
376 un peu flou quand même.

377 Moi : Merci, c'est très intéressant tout ça. La question qui suit on en déjà un peu parlé peut-être, mais :
378 "comment s'organise, ou se vit la collaboration médecins IDE dans ton quotidien ? »

379 IDE 2 : Oui, mais comment elle se vit ? comment elle s'organise... ? c'est surtout par téléphone en fait,
380 ça s'organise vraiment beaucoup en distanciel, alors qu'il n'y en a pas forcément en structure, le médecin
381 est quand même souvent dans le service, ou quand il y a un problème il vient dans le service donc il est
382 avec son infirmier ou son équipe, ses aides-soignants... alors que là nous on fait quasiment tout à distance
383 avec le médecin.

384 Moi : D'accord et est-ce que tu dirais que ce contexte de soins à distance du coup, amène à une
385 collaboration qui est différente ?

386 IDE 2 : Oui à cause de cette distance justement. Mais après ça peut aussi très bien se gérer, on en revient
387 à ce qu'on disait tout à l'heure : il suffirait de mieux se connaître. Mais bon après ça reste quand même
388 hyper vague parce qu'on est quand même... quelque chose comme 80 IDE sur le chevet, eux ils sont 8
389 ou 9 médecins, donc réussir à tous se connaître alors qu'on ne se connaît de base qu'à travers un
390 téléphone, même pas en Visio ni rien, ce n'est pas évident. Mais je pense qu'il faudrait déjà mieux se
391 connaître physiquement, voir à quoi on ressemble, parler de tout et de rien, enfin renforcer la cohésion
392 pour renforcer cette collaboration quoi.

393 Moi : Après je me souviens, enfin ça m'a marqué comme technique de management des équipes, sur
394 l'écran en salle de pause, parfois il y avait des soirées organisées par la direction... les médecins ne
395 viennent pas à ce genre d'événement ?

396 IDE 2 : Si, les médecins viennent de temps en temps mais après ça reste... enfin on essaye quand même
397 de tous plus ou moins se mélanger etc mais ça restait très sectorisé. Les gens de la pharma sont avec les
398 gens de la pharma, les gens du chevet avec les chevets, les IDER avec les IDER et les médecins avec
399 les médecins, enfin... ça reste plus ou moins ça quand même. Après ça arrive quand-même un minimum
400 à se mélanger mais... ça reste très sectorisé.

401 Moi : Ok, bah écoute, parfait. J'avais une dernière, toute dernière question : qu'est-ce que la
402 responsabilité partagée pour toi, qu'est-ce que ça t'évoque ?

403 IDE 2 : La responsabilité partagée... ? eh bien ça revient quand même à notre collaboration entre
404 infirmiers et médecins. Et surtout nous en tant qu'infirmiers, on a quand même des responsabilités au
405 chevet de notre patient : de donner les bonnes informations, de faire les meilleurs soins, de vraiment
406 faire notre surveillance clinique le mieux possible pour pouvoir rapporter ça au médecin qui lui est entre
407 guillemets obligé de nous faire confiance parce que lui, les seules choses qu'il entend ce sont nos dires
408 et donc je pense qu'il a quand même une responsabilité partagée dans ce schéma. Le médecin nous fait
409 confiance donc parce qu'entre guillemets : il n'a pas le choix, il ne peut faire que ça, du coup on a quand
410 même, nous, une responsabilité envers ça et envers lui. Donc nous en tant qu'IDE on a une responsabilité
411 envers le médecin et le patient. Et ensemble avec le médecin on a une responsabilité envers le
412 patient...Après le médecin lui aussi a une grosse responsabilité parce qu'il prescrit les traitements, les
413 examens, les conduites à tenir... Donc s'il y a une mauvaise analyse clinique de notre part, le médecin il
414 aura une mauvaise prescription de traitement. Donc du coup je pense que oui il y a une part de
415 responsabilité partagée importante dans la collaboration infirmière médecin.

416 Moi : D'accord. Merci beaucoup. Écoute est-ce que tu vois des pistes supplémentaires, donc si on revient
417 sur la question, de départ : l'analyse clinique infirmière en collaboration avec les équipes médicales et
418 concernant le prendre en soin en HAD, est-ce-que tu as des pistes qui n'auraient pas été abordées
419 ensemble ? ou des choses que tu aurais voulu rajouter ?

420 IDE 2 : Dans tout ce qu'on a développé là... non je ne vois pas d'autre chose... mais je ne suis pas sûr
421 d'avoir toujours été très clair...

422 Moi : Ah si, si c'était très clair et tu m'as permis de développer des points que je n'avais pas mis dans ma
423 grille : par exemple les presc. anticipées. C'est vrai que les "Si besoin" c'est déjà un gros morceau, on
424 pourrait faire tout un mémoire dessus je pense. Et même en l'hôpital d'ailleurs, mais je veux dire, là en
425 plus c'est clair que tu es tout seul devant le patient... donc si les prescriptions anticipées n'ont pas des
426 bornes hyper claires ça rajoute une difficulté quoi

427 IDE 2 : C'est ça et donc non franchement elles sont de mieux en mieux faites justement pour nous
428 aiguiller au maximum au chevet du patient pour qu'on n'ait pas non plus tout le temps à appeler le
429 médecin pour je ne sais pas : la moindre hyperthermie, un encombrement léger, haut, après quand on a
430 un encombrement bas bah oui on est obligé d'appeler notre médecin parce qu'on sait pertinemment qui
431 va devoir mettre en place autre chose, un antibiotique ou quelque chose comme ça. Donc, voilà, mais
432 pour tout ce qu'on peut faire nous-même, vraiment en premier abord, heureusement qu'on a les
433 prescriptions anticipées.

434 Moi : Ok. Bon, bah écoute, vraiment merci beaucoup ! On a vraiment parlé de plein de choses
435 intéressantes ! c'est vrai que si j'ai choisi un sujet de mémoire comme ça c'est aussi pour des raisons
436 de... des questions de légitimité. Je vais bientôt être jeune diplômé et je me demandais si exercer dans
437 un contexte de soins comme ça, ça n'était pas un peu trop difficile pour moi...

438 IDE 2 : Bon tu as tout un esprit d'équipe etc mais c'est vrai que moi même au bout d'un an je me sens
439 pas encore légitime. Je sais qu'il y a encore plein de choses à apprendre, et je pense enfin c'est même
440 pas je pense, c'est : on en apprendra tout le temps, tous les jours, j'en suis sûr et certain, j'en suis persuadé
441 mais du coup c'est vrai que la question de légitimité c'est vrai que c'est compliqué... Il faut se lancer ! il
442 faut se lancer et puis après moi ce que j'avais adoré c'était surtout le côté relationnel au domicile

443 franchement que ce soit avec l'entourage ou le patient. On sent vraiment que le patient est beaucoup plus
444 à l'aise, beaucoup plus... il se sent mieux qu'à l'hôpital ça j'en suis persuadé donc c'est vraiment pour ça
445 aussi que j'ai foncé là-dedans. Et les soins hyper variés c'est vrai que c'est royal aussi. Mais c'est vrai
446 que je ne me sens pas forcément légitime à 100% dans mon poste.

447 Moi : Oui, oh je pense qu'on garde le statut d'étudiant quelques années après le diplôme, c'est sûr...
448 Enfin, cette impression en tout cas. Mais oui, c'était vraiment un chouette stage et un super service de
449 HAD. Et avant ça, même, en tant qu'étudiant en médecine, j'étais déjà très attiré par les soins à domicile.
450 Parce que je pense qu'effectivement, comme tu le dis, les patients veulent être chez eux. Et les
451 croissances de ce type de prise en charge... les croissances du nombre de patients... D'ailleurs, l'HAD du
452 35 est quand même une belle suture, parce qu'elle a fait une belle croissance et de façon constante...

453 IDE 2 : Mais je crois que c'est la plus grande HAD de France non ?

454 Moi : Oh peut être pas quand même, enfin je ne crois pas mais...

455 IDE 2 : Non ? parce qu'il y en a certain, je ne sais pas ce que t'avais vu en faisant tes recherches, mais il
456 y en a certain qui sont très gros, mais par contre ils sont en plusieurs unités.

457 Moi : Ah oui, ça c'est vrai, ils n'ont pas forcément qu'une seule antenne, oui ça c'est sûr.

458 IDE 2 : En une seule antenne, je crois que c'est le plus grand, certains de nos cadres avaient fait une
459 réunion à Paris sur les HAD justement et elles avaient l'air de dire ça... elles nous avaient dit qu'en fait
460 au niveau de l'HAD c'est juste énorme d'avoir... parce qu'en tout on est à plus de 250 employés !

461 Moi : Oui faut voir ce qu'on compare, nombre de patients, nombre de séjours, nombre d'employés... ce
462 qui est sûr c'est que c'est une des très grosse HAD au niveau national. Justement mes recherches portaient
463 plus sur le niveau national, le focus que j'avais fait sur l'HAD du 35 date de plusieurs mois maintenant
464 et donc son classement à surement changé. En terme du nombre de patients hospitalisés il y a des régions
465 où c'est encore plus répandu qu'en Bretagne, la région parisienne et les DOM-TOM notamment. Mais
466 pour la centralisation c'est vrai que chaque HAD s'organise différemment. Après c'est un choix aussi
467 mais bon apparemment il y a des antennes supplémentaires qui s'ajoutent au fur et à mesure, si j'ai bien
468 compris, enfin qui réouvrent, avec au moins une coordinatrice et des référentes peut-être maintenant ?
469 En tout cas quelques-uns des employés qui vont être dans les antennes satellites. Après si toute la
470 logistique de toute façon, passe forcément que par l'antenne principale à Rennes... pour les chevets je ne
471 comprends pas trop l'intérêt finalement... si de toute façon ils doivent faire les déplacements. En fait ce
472 que j'aimerais bien savoir c'est la part des différentes dépenses. En l'ça doit être les dépenses liées aux
473 salaires c'est clair, mais ensuite... ? Entre le prix de location de locaux et la part des coûts de transports
474 ?? je ne sais pas, ça doit coûter tellement cher de faire aller et venir son personnel comme ils le font...

475 IDE 2 : C'est ça. Avant ils avaient 4 antennes, l'HAD 35 au tout début, ils avaient nord-est, nord-ouest,
476 sud-est, sud-ouest et pareil avec comme, là maintenant, avec tout le matériel mais en 4 unités. Mais
477 après c'était tout petit, ils étaient 3 infirmiers...

478 Moi : Oui j'ai lu ça, ils ont commencé avec une trentaine de patients. Mais ouais non c'est sûr... En tout
479 cas c'est une belle croissance et c'est constant...

480 IDE 2 : Oui mais c'est trop je trouve. J'adore la HAD, mais je pense qu'au fur et à mesure de grimper
481 comme ça, ça ne va pas trop me plaire.

482 Moi : Ouais ?

483 IDE 2 : Oui parce que ça va... Enfin on ne pourra jamais être... Je ne sais pas comment dire ça, mais ça
484 va quand même commencer à faire très industriel, là déjà 400 patients...

485 Moi : La qualité du soin du coup ? peut-être que va être moins...

486 IDE 2 : Complètement, on est en plein dans le truc en ce moment. C'est la qualité des soins... elle a été
487 divisée par deux quoi. Regarde demain il nous manque huit soignants sur le chevet ! Bon heureusement
488 on n'a pas beaucoup d'entrée, mais on va tous tourner à 140%. Et le problème c'est qu'on va être obligé
489 de se presser chez certains patients, ce ne sont pas des trucs qui me plaisent, enfin, l'HAD ce que je
490 trouvais trop bien c'est qu'on avait le temps avec notre patient, on pouvait prendre le temps avec
491 l'entourage... on avait le temps, on pouvait prendre le temps justement. Et là de moins en moins. Et ça
492 va commencer, si on n'a pas le personnel qui suit derrière, ça va commencer à être comme à l'hôpital
493 quoi.

494 Moi : C'est vrai que ça serait dommage, et dommageable pour tout le monde effectivement. Après c'est
495 vrai qu'ils se sont lancés dans un défi majeur parce que c'est ce qu'on disait à l'instant cette croissance,
496 aucun autre service hospitalier que l'HAD n'a ce genre de croissance.

497 IDE 2 : C'est sûr. Après si nous on peut grimper comme ça aussi en croissance c'est parce on n'a pas de
498 question entre guillemets : de place, comme on va chez les gens, ce n'est pas « l'endroit » qui nous
499 bloque en fait. En ce moment ça commence à bloquer au niveau des voitures parce qu'on n'a plus assez
500 de voitures pour le chevet ect mais honnêtement si on a deux fois la taille de l'HAD en termes de matériel
501 et de personnel on peut prendre 2000 patients par jour, ça peut très bien le faire.

502 Moi : Oui, c'est vrai et puis après, les coûts ne sont pas les mêmes qu'une hospitalisation, pour la sécurité
503 sociale je veux dire. Donc oui, sur le papier, ça n'apporte que des avantages, pour les patients et pour le
504 système de santé sauf qu'effectivement, il faut que le nombre de soignants suive pour que chaque
505 soignant puisse prendre le temps au domicile. C'est un gros défi, c'est un beau défi.

506 IDE 2 : C'est ça... Là, l'ancienne directrice s'en va bientôt et elle a très bien géré et a quand même très
507 bien supervisé ses équipes donc ça l'a fait. Mais après ? Avec le changement de direction on ne sait pas
508 du tout à quoi s'attendre. S'ils veulent 600 patients à la fin de l'année prochaine, ils auront 600 patients
509 à la fin de l'année prochaine. Mais nous on sera obligé de travailler 2 fois plus s'ils n'embauchent pas 2
510 fois plus, ou alors de travailler 2 fois plus vite. Donc c'est pour ça : A voir.

511 Moi : Bon, on va voir ça. D'ici là : merci beaucoup !

512 IDE 2 : Bah de rien et merci à toi, c'était mon premier entretien TFE et c'était intéressant de se poser
513 toutes ces questions.

Entretien N°3

1 Moi : Du coup la question centrale c'est celle-là : "Dans quelle mesure l'analyse clinique infirmière
2 contribue-t-elle, en collaboration avec l'équipe médicale, à améliorer la prise en soin d'un patient
3 hospitalisé à domicile ?" C'est donc : les relations infirmier/médecin au sein de la HAD, l'analyste
4 cliniques IDE et la collaboration.

5 IDE 3 : Donc quand tu es au lit du malade avec la famille aussi ? quand tu parles d'analyse clinique ?

6 Moi : Ah oui, au chevet du patient et au-delà aussi, l'analyse clinique de l'infirmière : comment elle
7 raisonne, comment elle travaille au sein de l'HAD... On va voir ça au fur et à mesure.

8 IDE 3 : D'accord.

9 Moi : Voilà, donc du coup, si tu veux bien, on va commencer par te présenter.

10 IDE 3 : Alors, c'est-à-dire ?

11 Moi : Eh bien : depuis quand tu es diplômée ? Qu'est-ce que tu as fait comme parcours ? ...

12 IDE 3 : D'accord, donc moi ça fait 23 ans que j'ai mon diplôme, si je reprends un peu les grandes
13 lignes... j'ai d'abord travaillé 4 ans en milieu hospitalier : 2 ans en réanimation polyvalente et 2 ans en
14 hématologie pédiatrique, ça c'était sur Paris. Après je suis arrivée à Rennes, j'ai travaillé quelques
15 temps au centre de gériatrie de Chantepie. Ensuite, j'ai fait sept ans dans un centre de soins, donc
16 comme infirmière à domicile. Ensuite j'ai fait une année comme formatrice au lycée Jeanne d'Arc où
17 j'ai été formatrice pour un public aide-soignant. Et après, je suis allée en EHPAD pendant plus de huit
18 ans, puis une année à l'HAD. Et là, à Guillaume-Regnier depuis deux mois. Sinon j'ai un DU en soins
19 palliatifs que j'ai obtenu en 2015.

20 Moi : D'accord, merci. Et quand tu es entrée à l'HAD, tu as pu faire d'autres formations ?

21 IDE 3 : Oui, alors oui il y a une formation obligatoire, c'est surtout la formation PCA. Ils ne laissent
22 pas manipuler et programmer les PCA de Midazolam, d'Oxynorm et de morphine sans cette formation
23 en amont en fait. C'était surtout celle-ci qui est très, très importante quoi. Après j'en ai eu d'autres des
24 plus petits là-bas : une sur les pansements, aussi sur les plaies et cicatrisation, c'est toujours pas mal
25 de revoir. Ah oui, et puis aussi sur la TPN.

26 Moi : D'accord donc du coup tu as fait quand même une bonne partie de ton parcours à domicile.
27 L'HAD mais surtout dans le centre de soin. Du coup, est ce que tu peux me dire : "qu'est-ce qui t'a
28 intéressé/attiré dans la pratique à domicile ?

29 IDE 3 : Moi ce qui m'intéresse à domicile, c'est... bah déjà le fait de maintenir des gens chez eux, parce
30 ce que c'est quelque chose qui me tenait à cœur, c'est pour ça que j'ai fait du domicile. Après, j'aime
31 bien aussi le contact qu'on a avec les personnes chez elles. Ce n'est pas du tout pareil qu'en milieu
32 hospitalier. On va chez eux. Ce n'est pas le même paradigme, un petit peu différent. Voilà, mais c'est
33 surtout ça : le maintien de la personne à domicile. Je me dis que voilà : c'est toujours difficile de
34 rentrer en institution, d'être hospitalisé, ça peut être vécu comme un choc. Moi je suis vraiment pour
35 promouvoir ça quoi. Donc si je peux être un maillon... j'y trouve mon compte. Et puis bah les gens
36 aussi, parce que les gens s'ils peuvent être maintenus à domicile eh bien, souvent, ils préfèrent.

37 Moi : D'accord. Si tu veux bien on va parler un peu de l'organisation, des journées de l'IDE, donc de
38 chevet. D'ailleurs, tu étais de chevet du coup ?

39 IDE 3 : Ouais, quasiment tout le temps. Sauf à la fin, où j'ai changé de poste. Parce qu'en fait, j'ai fait
40 10 mois, on va dire, comme infirmière de chevet, puis ensuite, j'ai fait de la liaison. C'est pour ça

41 finalement... que je ne suis pas restée. Parce qu'il y a eu une petite complication, mais après c'est un
42 autre travail finalement.

43 Moi : Oui et non, de toute façon, c'est intéressant aussi parce que ma "recherche" porte sur l'ensemble
44 de l'analyse infirmière... Donc on pourra en reparler un peu plus tard si tu veux bien ? On peut
45 commencer au chevet du coup, est-ce que tu peux me décrire une journée un peu "type" ? Comment ça
46 se passe ?

47 IDE 3 : Voilà, tu arrives, tu as ta tournée qui s'affiche sur ton téléphone, donc il faut aller la valider
48 avec la permanence des soins, ensuite tu regardes si tu n'as pas de matériel à prendre, ça c'est
49 important, bien sûr, vu que tu pars assez loin. Une fois que tu as rassemblé tout ton matériel, tu peux
50 décoller. Voilà, c'est vrai qu'on n'a pas énormément de personnes par jour, mais ce sont des soins
51 souvent qui durent assez longtemps. Ça va être... ça peut durer 1h, 1h30, rarement en dessous. Ce qui
52 peut être un peu compliqué, c'est que parfois on y va pour une surveillance simple, par exemple une
53 personne en situation palliative, dans un EHPAD. Et puis finalement, il s'avère qu'elle est en train de...
54 Enfin son état s'altère, donc là il faut justement analyser un peu les choses, recueillir les informations
55 des infirmières de l'EHPAD et puis ensuite, après avoir fait ta petite synthèse, un petit peu de ce que
56 t'as constaté et qui n'allait pas, et puis il faut informer le médecin de l'HAD, et puis faire les
57 réajustements ou pas. On les fait parfois un peu plus tard, ça dépend. Par exemple si c'était juste une
58 surveillance et puis on se rend compte que la personne est anxieuse ou qu'elle est douloureuse, en
59 appelant le médecin on va... enfin il peut être décidé la pose d'une PCA, mais ça ne se fait jamais sur le
60 moment. Ça va se faire dans un deuxième temps par quelqu'un d'autre. Et la difficulté, justement, c'est
61 un peu ça : Quand tu arrives, il faut que je comprenne vite la situation. Et que tu la... alors que tu la
62 comprends, tu recueilles les témoignages des soignants et que, voilà, tu essayes de bien synthétiser un
63 petit peu ce qui se passe. Ça c'est un peu la difficulté. Alors effectivement plus on a de situation
64 comme ça à gérer, plus on est un petit peu à l'aise et plus c'est des mécanismes et on repère un petit
65 peu plus vite les choses, quelqu'un qui est polypnéique... enfin voilà, il y a pas mal de chose à... mais
66 je pense que ça s'affine au fil du temps. Après moi j'avais travaillé en EHPAD et ça m'a beaucoup
67 servi. Heureusement ! je ne sais pas comment j'aurais vécu les choses si j'avais été direct en HAD,
68 pour moi ça aurait été un peu compliqué je pense. Mais étant donné que j'avais fait de l'EHPAD et
69 finalement il y a quand même beaucoup de similitudes... ça allait quand même.

70 Moi : D'accord, eh bien j'ai déjà pas mal de réponse à ma liste de question, c'est super, super. Du coup
71 ça va me permettre d'interroger une ou deux choses supplémentaires. Toujours concernant
72 l'organisation et ici la planification, ma question c'est : qui choisit les tournées ? Qui met en place les
73 tournées ? Je ne suis pas sûr là.

74 IDE 3 : Oui, alors ça c'est une bonne question euh... alors je sais qu'il y a déjà un pourcentage qui
75 correspond à la charge de travail à ne pas dépasser et pour que ce soit équilibré. Voilà, pour qu'on soit
76 tous à peu près à 100%, s'il y en a un qui est à 120% et l'autre à 80% ça ne va pas donc... c'est un petit
77 peu ça... Après... c'est une très bonne question, moi je n'ai pas la réponse mais moi je pense que c'est
78 une espèce de logiciel qui fait un peu tout ça.

79 Moi : Oui, oui c'est possible, il y a tellement de calculs à faire. Parce que en tant qu'infirmier de
80 chevet, on arrive chez le patient, on constate quelque chose, on met en place... une nouvelle
81 surveillance, ou même une mise en place de PCA... mais donc potentiellement une nouvelle mission,
82 pour un autre infirmier qui viendra s'en charger. Donc il y a un moment où il faut réajuster finalement
83 les organisations de la journée et à force d'en discuter, je me demande comment ça se fait.

84 IDE 3 : Après c'est vrai que parfois tout le monde n'a pas une charge de travail très tendue tout le
85 temps donc là ils vont pouvoir voir et puis peut-être qu'ils peuvent déplacer certains soins... puis dire
86 "tiens bah là c'est vraiment urgentissime donc on peut/doit envoyer quelqu'un", ils ont quand même
87 une marge de manœuvre pour faire bouger un petit peu les lignes surtout que là ils sont dans une
88 politique où ils sont dans la réactivité plus plus plus. C'est Leur objectif, c'est-à-dire que maintenant ils
89 vont carrément... Alors pour les situations précaires, j'entends par là une personne qui n'est pas en

90 soins palliatifs mais vraiment qu'il faut techniquer dans la foulée, donc ce qui va se passer c'est que
91 parfois l'infirmière va aller... c'est ce qu'ils appellent l'UPAD, l'IDE va directement avec le médecin, il
92 fait un état des lieux, l'infirmière est là et a tout dans le camion pour techniquer la personne. C'est
93 vraiment : Réactivité là ! On n'est plus dans " je vais vous techniquer dans 12h, je vous technique dans
94 la foulée" et du coup bien sûr on prend en charge l'angoisse ou les douleurs... plus vite, je trouve que
95 c'est plutôt pas mal mais il faut imaginer tout ce que ça demande en amont. C'est une grosse pression
96 là-haut je l'ai découvert un petit peu.

97 Moi : D'accord. Donc c'est UPAD ? Unité de Prise en charge À Domicile ?

98 IDE 3 : Je pense qu'il y a même un H, UPHAD qui va être Unité de Prise en charge d'Hospitalisation
99 À Domicile. Quelque chose comme ça.

100 Moi : Ah bah c'est hyper intéressant, je vais me renseigner sur tout ça. D'accord, donc si on revient sur
101 l'organisation d'une journée et même d'une plus grande période, peut-être sur une semaine, ou même
102 plus : Est-ce que tu as l'impression que tu revois un certain nombre de fois les patients ? En fait est-ce
103 que tu considères que l'organisation permet un suivi, pour l'infirmière de chevet, des patients dans le
104 temps ?

105 IDE 3 : Oui je vois ce que tu veux dire. En fait, quand je suis arrivée, c'était en mars 2023, alors là
106 franchement, mon premier constat, d'ailleurs ce qui est pas mal là-bas, quand tu arrives quand t'es
107 embauchée, ils te voient rapidement pour faire un point au bout de 3 semaines. Et du coup, à ce
108 premier constat, j'étais un peu estomaquée, je me suis dit qu'en fait j'avais l'impression d'être une
109 tâcheronne. J'avais une tournée un jour, une autre le lendemain et je ne revoyais quasiment jamais les
110 mêmes personnes. Je ne m'y retrouvais pas du tout sachant que... bah je venais d'EHPAD... dans la
111 continuité des soins, etc. Et du coup je trouvais que ça n'avait pas trop de sens. Donc je l'ai remonté et
112 je ne sais pas s'ils étaient déjà en train de travailler là-dessus ou si c'est suite à des retours, évidemment
113 pas que le mien, mais ensuite ils ont sectorisé nord et sud. Donc là ça ne veut pas dire qu'on voit
114 toujours les mêmes patients mais il y avait quand même plus une continuité, plus un suivi. Après ils
115 m'ont redemandé et je leur ai dit que moi je m'y retrouvais un peu mieux à revoir les personnes quand
116 même. Par ce que c'est assez frustrant... tu fais une tournée un jour et le lendemain ça change
117 complètement. C'était encore un peu le cas après quand même, pour moi ça manquait un petit peu de
118 sens.

119 Moi : D'accord. Est ce qu'on peut s'arrêter quelques instants sur la prise en soin ? le prendre en soin.
120 Est-ce que tu aurais une définition du prendre en soins ? Qu'est-ce que ça évoque, qu'est-ce que ça
121 représente pour toi ?

122 IDE 3 : Alors pour moi le prendre en soin c'est vraiment euh... déjà c'est plutôt une... façon d'être aussi
123 avec la personne ; pour moi c'est un petit peu primordial avant tout l'aspect technique. Donc voilà c'est
124 vraiment ça c'est vraiment une façon d'être je pense. Et je pense qu'il y a des personnes qui l'ont
125 rapidement dans la profession, moi je pense que je l'ai acquis au fil du temps. Donc ça et puis après
126 donc voilà effectivement toutes les compétences qu'on peut avoir techniques et relationnelles ça va
127 aider à prendre soin correctement de la personne. Mais la première définition qui me vient c'est ça :
128 une façon d'être et ensuite... ensuite effectivement être dans l'observation bien sûr, ça c'est hyper
129 important pour faire une bonne analyse de la situation, pour prendre au mieux la personne
130 psychologiquement et physiquement, parce que là vraiment, à l'HAD il y a les deux aspects quoi. Et
131 puis bien sûr, s'appuyer sur les transmissions, ça c'est hyper important, des collègues des jours
132 précédents mais aussi les discussions qu'on peut avoir quand on arrive chez quelqu'un : avec la famille.
133 Donc il y a tout ça à prendre en compte, c'est finalement assez complet mais il faut ratisser large pour
134 avoir une vision correcte.

135 Moi : D'accord. Ma question d'après tu y as déjà répondu je pense mais c'était : Est-ce que tu vois des
136 différences flagrantes entre la prise en soins à domicile et la prise en soin en secteur hospitalier ? Donc

137 là, tu disais : le patient dans sa globalité, la prise en compte de l'entourage, et puis des patients qui sont
138 quand même globalement très contents d'être chez eux, est-ce que ça résume à peu près les choses ?

139 IDE : Oui non, c'est ça.

140 Moi : D'accord. Et si je te dis "autonomie de l'infirmière" dans ce contexte de soin justement ? Est-ce
141 qu'elle a une place importante ? ou pas ? Est-ce que tu as l'impression d'être un peu isolée du reste
142 l'équipe de soins, ou pas ?

143 IDE 3 : Oui, c'est ça. Alors effectivement, tu vas prendre tes décisions... plutôt seule. Moi, je ne
144 ressentais pas d'isolement, parce que j'aime bien aussi... Justement, c'est ça que j'aime bien aussi c'est
145 d'être autonome dans mon travail. Enfin... c'est quand même ... enfin après ce n'est pas... enfin c'est
146 vrai, comment dire, c'est vrai qu'avant, quand j'étais dans le centre de soin de ce n'étaient pas du tout
147 les mêmes prises en charge. C'était plutôt des actes... enfin je ne sais pas comment dire, c'était
148 vraiment des actes assez rapides, une prise de sang, une intramusculaire... donc finalement l'HAD ce
149 n'est vraiment pas le même travail. Donc oui, il faut être autonome, effectivement. Après, il y a
150 toujours une ressource : c'est la permanence des soins. Moi si j'avais un doute, je les appelle : "Tiens,
151 ben là, ça, qu'est-ce que tu ferais ?". Parce qu'effectivement ils sont toujours là aussi pour donner des
152 conseils.

153 Moi : Et si on va au-delà du prendre en soin, plus globalement : le projet de soins ? est-ce que tu sais
154 comment il se crée ? Comment est-ce qu'il peut évoluer au sein de l'HAD ?

155 IDE 3 : Qu'est-ce que tu appelles le projet de soin ?

156 Moi : Eh bien pour moi ça va être le devenir du patient, enfin plutôt tout ce qu'on va mettre en place
157 parce qu'on espère... enfin l'objectif qu'on s'est donné ?

158 IDE 3 : Ah oui... Bah euh... Après, l'objectif oui il n'est pas stable, en fonction de la prise en charge.
159 Parfois ça peut être "juste" pour un pansement complexe. Donc là, l'objectif, si on imagine une TPN :
160 Après quand c'est cicatrisé, la prise en charge de la personne s'arrête. Si c'est une présente de charges
161 palliative... ou.... ça va être aussi une prise enfin, la prise en charge peut durer malheureusement
162 jusqu'à la fin de vie de la personne, mais parfois bah c'est juste une surveillance parce qu'on a une
163 équipe qui est inquiète, par exemple en EHPAD, et puis on se rend compte que finalement la personne
164 va mieux et on la retire du processus HAD. Donc c'est pour ça il y a plusieurs situations. Il n'y a pas
165 vraiment de projet de soin établi. Enfin il y a quand même un motif d'hospitalisation.

166 Moi : Une indication ?

167 IDE 3 : Oui voila

168 Moi : D'accord et alors ce motif d'hospitalisation, il va être posé du coup ... par les évaluations du
169 début ? et là aussi je ne suis plus très sûr de moi, mais comme tu as fait de la liaison, peut-être que tu
170 peux lever mes doutes : c'est bien l'infirmière de liaison avec le médecin qui vont faire la première
171 évaluation ? ou alors l'infirmière coordinatrice ?

172 IDE 3 : Non, c'est l'infirmière de liaison.

173 Moi : C'est le professionnel que j'ai interrogé précédemment qui a peut-être switché les deux.

174 IDE 3 : Ouais ? ah oui non, non ce sont les infirmières de liaison. Mais parfois, pour les EHPADs par
175 exemple : les médecins y vont seuls. À domicile et en structure hospitalière c'est un binôme, infirmière
176 et médecin.

177 Moi : D'accord, merci.

178 IDE : Une fois cette première évaluation faite, et que le médecin valide, la personne est rentrée dans le
179 processus de l'HAD, l'IDE de liaison elle va ficeler un peu tout, tous les acteurs : s'il y a besoin d'une
180 intervention libérale ? quand il y a besoin que l'HAD passe ? donc il faut orchestrer un petit peu de
181 tout ça. Finalement c'est un peu le chef d'orchestre. Une fois qu'elle a ficelé un peu tout ça... elle
182 repasse le dossier aux infirmières références ou coordinatrices, qui ensuite elles vont faire un suivi
183 enfin... une fois par semaine.

184 Moi : C'est elles qui vont suivre du coup le patient durant le reste du séjour en fait ?

185 IDE 3 : Oui c'est ça.

186 Moi : Et donc référentes ET coordinatrices : Ce sont les mêmes personnes ?

187 IDE 3 : Oui [rires]

188 Moi : Ah mais c'est pour ça... En réécouter les vocaux je n'étais plus sûr, je me suis dit "mais alors
189 attends il y a un truc que je n'ai pas compris"... Bon, bon, ça se simplifie dans ma tête là. Merci
190 beaucoup.

191 IDE 3 : ...ah ce n'est pas évident à comprendre [Rires]

192 Moi : Bon, bon, si tu veux bien on peut passer à la question qui suit : "comment se vit l'analyse
193 clinique infirmière en HAD ? "

194 IDE 3 : Ok, comment ça se vit ? Bah ça c'est variable je pense qu'on ne peut pas en faire une
195 généralité. Quand tu arrives chez quelqu'un ou en établissement et que là... par exemple la personne est
196 en train de décéder, ça peut être aussi compliqué. Forcément. C'est vraiment variable, il n'y a pas une
197 recette. Ça dépend.

198 Moi : D'accord. Et dans ta démarche d'analyse, dans ton raisonnement, tu le disais tout à l'heure, mais
199 si je résume les choses comme ça, dis-moi ce que tu en penses : Alors, tu vas prendre tous les éléments
200 dès que tu arrives chez le patient. En fait non, même avant d'ailleurs, puisque tu analyses toutes les
201 transmissions qui ont été faites. Ensuite, quand tu rentres chez les patients, tu déjà vois son état
202 rapidement puis tu entends tout ce qui se dit chez la personne, enfin auprès de son entourage. Donc
203 c'est ce cumul d'informations là que tu vas... centraliser ? ... Hiérarchiser ? Et ce que vas mettre en
204 place va dépendre de ces conclusions, de l'état d'altération du patient... ? c'est ça ?

205 IDE 3 : Oui voilà c'est ça. Après l'objectif, si on revient au palliatif parce que c'est quand même 40%
206 de l'HAD, oui, l'objectif c'est vraiment, bah oui, d'assurer le confort de la personne. Que la personne
207 soit confortable.

208 Moi : Et est-ce que tu te souviens d'une situation particulière ?

209 IDE 3 : Oui je me souviens, j'en ai une vraiment particulière : c'était un monsieur qui était à domicile
210 avec sa femme. Il avait un cancer et je ne sais plus précisément la pathologie. Et en fait moi je l'avais
211 vu, on faisait une aide à la toilette. J'y étais peut-être allée deux trois fois. Et puis un matin j'y vais, je
212 regarde les trans. Bon ce n'était pas de top-top, il avait été mis sous oxygène, bon son état s'était altéré.
213 Et quand je suis arrivée je me suis rendu compte qu'en fait il était en train de mourir... qu'on était
214 vraiment dans la phase aigüe. Et c'était un peu délicat parce que du coup : son lit qui était au milieu du
215 salon...son épouse euh.... Enfin... en fait je crois que je lui ai mis ça... hm... j'ai fait un petit peu ... enfin
216 voilà on se retranche un peu derrière ça parfois et on va mettre une SAT, on va augmenter l'oxygène
217 etc... Il était... il désaturait plus-plus, je me demande s'il n'avait pas... pff je ne sais plus mais je crois
218 qu'il avait genre 40% de SAT enfin bref, donc voilà il était vraiment en train de partir, il était sur ses
219 derniers instants, je l'ai vu tout de suite et j'étais un peu paniquée, j'avoue. Elle est partie faire sa
220 toilette et il est décédé. Donc quand elle est revenue de la salle de bain enfin.... Alors entre temps
221 j'avais appelé le médecin, donc ça y est : on était en train de vouloir mettre en place des choses mais il

222 n'y a pas eu le temps. Donc oui c'était très compliqué parce que en fait elle, elle disait qu'il dormait
223 mais c'était un état de ... il était en train de décéder mais bien sûr elle, elle n'avait pas ce regard-là,
224 donc elle a été extrêmement choquée quand elle est sortie de la salle de bain... c'était... c'était dur oui.
225 Enfin c'était dur pour elle de la voir comme ça, je me.... Enfin... Et puis à un moment, oui... on veut
226 prendre sa famille, son conjoint chez soi, il n'y a pas de jugement à porter, sauf que : il faut se dire que
227 ce n'est pas si simple. D'ailleurs elle m 'a dit à un moment : "il faut qu'il parte là, il faut qu'il soit
228 hospitalisé", parce que pour elle, émotionnellement c'était trop compliqué. Ce qui s'entend
229 complètement. Donc voilà, après... il est décédé, c'était dur, je suis restée un moment avec elle... oui ça
230 m'avait....

231 Moi : Et toi-même ? tu as pu, du coup, reparler de ça avec l'équipe ?

232 IDE 3 : Alors ensuite, oui, j 'ai prévenu tout de suite la permanence... et puis oui, oui enfin... vite fait
233 hein... ce n'est pas ...enfin on ne va pas s'étaler là-dessus. Alors la permanence, la personne, je ne sais
234 plus qui c'était ce jour-là : elle a dû me dire "comment ça va ?" etc. Et puis après, mes collègues
235 infirmières, qui ont dû voir qu'il était décédé, parce que tu vois qu'il y a des mails qui circulent... "ah
236 bah tiens bah..." donc du coup, parfois, bien sûr on a envie de savoir ce qui se passe, donc on voit qu'il
237 est décédé, on retourne voir son dossier.... Donc ce que je veux dire, c'est que j'ai des collègues qui le
238 connaissent, qui m'ont dit : "bah...", qui m'ont interpellé là-dessus, et puis on a pu échanger, mais,
239 voilà, on va dire sommairement quoi. Peut-être qu'après, si j'avais été mal, j'aurais pu faire une
240 demande pour voir quelqu'un, je n'en sais rien, mais bon ce n'était pas le cas non plus.

241 Moi : D'accord.... D'accord....

242 IDE 3 : Même si, ouais, je trouvais ça dur, pour elle surtout, pour son épouse.

243 Moi : Bien sûr... et donc si tu as besoin d'aide quand tu es à domicile, tu vas te tourner vers qui ? soit
244 vers l'équipe médicale ? soit vers l'équipe IDE avec l'intermédiaire du bureau de soins c'est ça ? mais
245 le bureau de soin il va t'apporter de l'aide dans quel genre de domaine ? Pratico-pratique c'est ça ?
246 comme "Comment faire ce soin infirmier" finalement ?

247 IDE 3 : Oui un soin... mais parfois ça peut aussi être : "j'ai un doute là, je ne sais pas vraiment s'il faut
248 que j'appelle le médecin ou pas, je suis hésitante, qu'est-ce que t'en penses ?"

249 Moi : D'accord !!

250 IDE 3 : "Ah bah là, moi j'appellerai." Donc ça va m'aider à prendre ma décision.

251 Moi : D'accord ! c'est super intéressant. D'accord, donc on peut se mettre à plusieurs finalement pour
252 analyser la situation clinique et puis trancher si oui ou non, on appelle le médecin.

253 IDE 3 : Oui exactement. Et puis parfois quand tu as quelqu'un qui est au bureau de l'HAD, bah souvent
254 à la permanence ce sont des personnes qui ont de l'expérience à l'HAD. Donc c'est aussi intéressant.
255 On acquiert aussi des automatismes en étant là-bas tout le temps je pense.

256 Moi : Et si on fait le point sur les transmissions, déjà, d'un point de vue pratique, ça va être très
257 majoritairement sur le téléphone ? La tablette patiente ? enfin si l'on utilise encore ?

258 IDE 3 : Oui c'est vrai qu'on avait tendance faire tout sur le téléphone. Je me rappelle du moment du
259 déploiement des tablettes qui apparaissent très très cher.

260 Moi : Oui ça c'est... Puis c'était au niveau national quoi, donc ça a dû coûter très, très cher à tout le
261 monde.

262 [rires]

263 IDE 3 : Oui, enfin c'est un autre sujet...

264 Moi : Et ces outils-là, ils sont pratiques ? Le téléphone ? MobiSoins ?

265 IDE 3 : Super pratiques, oui MobiSoins j'aime bien.

266 Moi : D'accord. Et donc alors, si on part maintenant dans la relation médecin/infirmier. Est-ce que tu
267 as une situation, enfin une autre peut-être, qui t'aurait amené à appeler le médecin si tu pouvais me
268 décrire un peu comment s'est passée la communication et comment ça s'est passé pour partager les
269 informations ?

270 IDE 3 : Oui, bien sûr, j'ai été amenée plusieurs fois... très souvent quand même enfin souvent on va
271 dire : à appeler les médecins. Je t'avoue que j'avais quand même une... appréhension à appeler.

272 Moi : Ah oui ?

273 IDE 3 : Ouais, ouais, je ne vais pas mentir, peut-être aussi parce que... je n'aime pas déranger [rires]
274 mais bon là... il n'y a pas trop le choix, il faut faire un travail correctement. Donc dans l'ensemble ça
275 se passait plutôt bien. On est plutôt bien reçue dans l'ensemble. Bon il faut se dire aussi que parfois
276 eux ils ont aussi une grosse grosse pression avec énormément d'appels donc ils sont complètement
277 saturés, voilà. Je l'ai vu aussi donc ce n'est pas simple aussi pour eux. Euh... [soupirs] Non, ça s'est
278 plutôt bien passé mais vraiment ce que je faisais c'était que voilà j'essayais d'aller vite mais je voulais
279 que tout soit cadré avant l'appel.

280 Moi : Oui, tu suivais à une organisation... Un plan... ?

281 IDE 3 : Oui voilà, "de qui on parle, qu'est-ce qu'il a comme pathologie, qu'est-ce qu'il prend..." enfin
282 voilà. Alors au début non, je ne faisais pas vraiment ça mais après... Parce qu'ils posent des questions,
283 effectivement, on est leur observateur en fait. Donc après, j'essayais vraiment de bien calibrer avant
284 l'appel pour que ce soit ...bien... enfin voilà, que ça porte ses fruits quoi. Pour qu'on se comprenne bien
285 et qu'on ne perde pas de temps, voilà. Ni eux ni moi, ni le patient quoi.

286 Moi : Et donc, est-ce que t'as la sensation d'avoir toujours su ce qu'eux attendaient de toi pendant cet
287 appel-là ?

288 IDE 3 : Alors, c'est une bonne question... c'est vrai que parfois, il faut quand même... Oui s'il y a une
289 incompréhension, il ne faut pas laisser le doute quoi, donc il faut bien expliquer un peu les choses.
290 Dans l'ensemble, ça s'est plutôt bien passé. Je ne me rappelle pas trop... Je n'ai pas eu trop de soucis
291 dans les prises en charge... je me souviens pas si... il y a juste... par contre... ah oui, ce qu'il s'est passé
292 c'est qu'il y a eu des fois, alors... une fois surtout où j'avais hésité, c'était très compliqué en fait parce
293 que la personne était en EHPAD et puis elle était... c'est dur quand on ne connaît pas la personne et
294 quand c'est des situations complexes. Et tu essaies de comprendre et tu ne comprends pas quand même
295 parce... bah tu ne comprends pas en un quart d'heure d'explication parfois. Tu vois comme les
296 situations peuvent être compliquées parfois ? Et finalement, une fois, je pense que je n'avais pas bien
297 compris les choses, en tout cas, bref, je n'avais pas appelé. Et après, j'avais suivi quand même, et
298 j'avais vu que l'IDE d'après avait passé un coup de fil le lendemain et qu'on avait mis le patient sous
299 Midazolam. Bon, elle avait déjà des anxiolytiques, les perOs, mais ce n'étais pas suffisant. Et du coup,
300 là, toi, cela pouvait mettre après... Après je me suis dit, eh bien, la prochaine fois vaut mieux appeler
301 trop que... Enfin "Tu as un doute, tu appelles quand même". Voilà, c'est une leçon parce qu'après moi
302 je suis assez... Si je rentre chez moi et que j'ai l'impression de ne pas avoir bien fait les choses, là ça ne
303 va pas aller. Donc je vais y repenser... ça va m'impacter. Donc je me suis dit "toujours, appeler plus
304 que pas assez", au moindre doute bien sûr, pas inutilement.

305 Moi : Mais du coup, si on reste de façon générale, comment est-ce que tu qualifierais ta relation avec
306 les médecins de la structure ?

307 IDE 3 : En fait, moi, ça me mettait.... Enfin c'était un peu malaisant, je trouvais, parce qu'on les avait
308 au téléphone, on peut les avoir au téléphone pendant un an et ne pas savoir qui ils sont physiquement.
309 Donc je trouvais ça très gênant. Après, quand je suis partie en liaison, "ah bah..." j'ai mis des visages,
310 en fait, du coup [rires]. Donc je trouve que ça, ce qui devrait se passer là-bas, c'est qu'il devrait y avoir
311 une présentation assez régulière des médecins, physiquement etc., déjà, je trouve que ça serait plus
312 sympa. Bien sûr, eux, on est tellement nombreux qu'ils ne peuvent pas tous nous connaître
313 personnellement. Voilà donc ensuite, il y a des approches des médecins qui sont plus agréables que
314 d'autres. Je pense, oui, effectivement. Mais ça c'est variable en fonction des personnalités aussi...

315 Moi : Bien sûr...

316 IDE 3 : Il ne faut pas se laisser faire non plus [rires]

317 Moi : Oui, c'est ça !! Est-ce que tu as eu l'impression de toujours pouvoir exprimer ton analyse, le
318 résultat de ton analyse infirmière ? de l'avoir transmise ? qu'elle a été écoutée ?

319 IDE 3 : Oui, oui... Enfin c'est sûr que si j'appelle et que je tombe sur quelqu'un qui est un peu speed et
320 qui peut s'agacer vite... enfin ça va être contre-productif de toute façon. Mais je ne l'ai pas trop
321 ressenti, voire pas du tout. Après c'est vrai que parfois, effectivement, enfin moi ça n'a pas été trop
322 mon cas mais je sais que j'avais entendu des collègues dire que parfois, avec certains médecins...Ce
323 n'était pas leur relation qui était... euh... mise à mal, mais c'était surtout parfois... euh... bah parfois on
324 peut s'étonner des décisions qui sont prises par les médecins : les prescriptions, ça, ça peut aussi. Après
325 ce qui se passait c'était un médecin là-bas, quand il est arrivé, je pense qu'il a dû se faire un peu "la
326 main HAD". Et au début qu'il ne prenait pas forcément je pense, les bonnes décisions concernant les
327 antidouleurs etc.. Et bah après je pense qu'il a.... bah c'est comme tout le monde aussi, il affine et puis
328 il progresse aussi quoi. On n'est pas non plus.... Enfin il faut un temps d'adaptation aussi quoi.

329 Moi : Bien sûr oui. D'accord. Bon eh bien je pense que tu as répondu à la question d'après c'était de
330 savoir ce que tu pensais qu'il pouvait être amélioré dans cette relation médecin/infirmier au sein de
331 l'HAD, tu m'as déjà répondu que ce serait bien de pouvoir se connaître un peu mieux...

332 IDE 3 : Oui physiquement.

333 Moi : De savoir mettre un visage sur un nom, finalement, créer une relation en réelle et
334 professionnelle, que ça aiderait à la relation de travail...

335 IDE 3 : Oui c'est ça.

336 Moi : D'accord, alors on vient à la collaboration, bon je pense qu'on a peut-être un petit peu parlé
337 aussi, mais, est-ce que tu te souviens d'une situation clinique où la collaboration avec le médecin a pris
338 une autre dimension ? que soit en bien ou pas en bien...

339 IDE 3 : Bah... quand j'étais sur le chevet non, ça s'est plutôt bien passé. Après quand j'étais en liaison,
340 j'ai eu un petit souci en fait. Mais bon... après ce n'est pas le sujet... enfin... c'est un peu ...

341 Moi : On n'est pas obligé d'en parler, mais on peut aussi en parler, c'est comme tu veux.

342 IDE 3 : Eh ben c'est surtout pour toi, je ne sais pas si ça peut intéresser ton sujet de mémoire ?

343 Moi : Ah si, si, ça peut être intéressant parce que de toute façon mon sujet c'est la relation infirmière
344 médecin donc ce n'est pas restreint à l'infirmière de liaison. Et puis en plus c'est intéressant puisque là
345 tu me disais que c'était du coup des médecins que tu connaissais déjà un peu mieux puisque tu étais en
346 liaison et que tu travaillais un peu plus souvent en binôme avec eux... Donc si, c'est intéressant.

347 IDE 3 : D'accord. Bon après moi, je n'ai pas fait tant de temps en liaison que ça mais... en tout cas, oui.
348 Donc en fait parce que en liaison, les infirmières font aussi les évaluations anticipées, en EHPAD
349 notamment. Tu en as déjà entendu parler ?

350 Moi : Ah oui, oui, j'avais passé une journée avec une infirmière de liaison. On en avait fait. Oui.

351 IDE 3 : Donc en fait on va faire entrer un patient dans le processus de l'HAD ou pas, comme ça si
352 jamais son état s'altère, "hop" il y a un déclenchement.

353 Moi : Plus rapide.

354 IDE 3 : Oui plus rapide, c'est ça. Et du coup quand on est en EHPAD eh bien l'infirmier qui va faire
355 cette pré admission, il y va seul en fait. Et puis voilà, une fois je suis allée en EHPAD, voir un patient
356 et c'était un peu compliqué quoi. Tu arrives là-bas et le personnel infirmier me donne un énorme...
357 enfin tout un dossier quoi. Mais bon voilà quoi, moi je ne suis pas non plus médecin, je n'avais pas le
358 temps aussi de me pencher sur tout le dossier donc je me suis sentie un peu submergée, j'avoue. Et
359 puis ensuite j'ai fait un retour à un des médecins et je lui ai dit que "Oui au vu de la situation il fallait
360 quand même que le patient rentre dans un processus HAD". Donc on a validé les choses. Et en fait
361 elle, le médecin, quand elle a pris connaissance de ce fameux dossier qu'on m'avait filé... Je crois que
362 ce monsieur avait une pneumopathie d'inhalation, il venait de rentrer de l'Hôpital, pour ça, et il était
363 sous antibiotiques, mais pour le médecin, vu le germe qu'il avait, ce n'est pas la bonne antibiothérapie.
364 Donc, elle est venue dans le bureau et bon... c'était sa façon d'être aussi mais ce n'était pas agréable...
365 bah elle a commencé à s'agacer... « Ah mais ce n'est pas le bon antibiotique ! », « C'est grave ! », « il
366 faut qu'on lui pose un picline », "il faut qu'on lui change son antibiothérapie...". J'étais un peu surprise
367 parce que, comment dire, déjà il avait un certain âge et en plus, il venait de sortir de l'hôpital. Donc
368 voilà, branle-bas de combat... j'avais l'impression d'avoir vraiment mal fait mon taf, c'était affreux, je
369 ne sentais pas bien. Je me suis dit, bon bah, je suis passée à côté de quelque chose peut-être ? surement
370 oui. Enfin voilà. Je ne l'ai vraiment pas bien vécu. Bon le lendemain, elle est venue s'excuser. Elle a
371 une façon... elle est un peu comme ça, tu vois, enfin... Ce n'était pas agréable du tout. Enfin voilà, et
372 puis en fait tu sais, je me suis demandé si vraiment c'était la bonne solution d'aller lui faire mettre un
373 picline, afin dans ce contexte... Est-ce qu'il n'y avait pas un peu d'obstination déraisonnable...enfin...
374 Mais voilà, en tout cas, ça... je n'ai pas du tout aimé.

375 Moi : Cela dit... justement... dans l'analyse clinique infirmière et dans ses compétences, on n'en arrive
376 jamais à prendre la décision à propos du choix d'un médicament. Tu ne pouvais pas savoir que cette
377 bactérie-là ne répondrait pas à cet antibiotique-là, si ?

378 IDE 3 : Non, non, c'est sûr.

379 Moi : Donc ce n'était pas à toi de dire : "là il y a un souci" !

380 IDE 3 : Ouais, voilà, effectivement. Oui, bien sûr, et d'ailleurs même elle a appelé, je ne sais plus quel
381 spécialiste pour ça...L'infectieux je crois ?

382 Moi : Oui.

383 IDE 3 : Voilà, après, elle a rappelé l'EHPAD et quand elle a rappelé les IDE de l'EHPAD, elle était
384 très agressive et tout...Enfin moi, ça me dérange vraiment de travailler comme ça et tout. Enfin voilà.
385 Je crois que ça... ça a été un petit peu le déclenchement de...enfin bref... ça m'a un peu gêné quand
386 même tout ça...

387 Moi : Et c'est normal ... D'accord. Du coup la dernière notion, c'est... et peut-être qu'on l'a déjà évoqué
388 elle aussi, c'est la notion de responsabilité partagée entre l'infirmier et le médecin. Est-ce que ça
389 évoque quelque chose pour toi ?

390 IDE 3 : Oui bah... la responsabilité partagée... euh... ce n'est pas évident...

391 Moi : Non, ce n'est pas évident pour moi non plus [rires]

392 IDE 3 : Oui eh bien ça veut dire... Ça veut dire qu'effectivement nous de toute façon on doit relayer
393 les informations, donc on doit bien relayer, les bonnes informations, sinon le médecin il ne peut pas
394 bien prendre en charge les patients. Donc effectivement, c'est un peu 50/50 c'est ce qu'on dit. Enfin
395 entre nous c'est un peu ça... alors la grosse difficulté à l'HAD, c'est qu'ils ne se déplacent jamais voir
396 les patients. Hormis la première fois, au début ça me choquait, moi qui venais d'une autre culture...
397 enfin je ne sais pas moi... "mais ils ne viennent jamais... ?" "ah non ici tout se fait par téléphone". C'est
398 dire LA place de l'infirmière au sein de l'HAD, elle a toute sa... enfin toute la responsabilité qu'elle a et
399 l'importance de sa façon d'apprécier les choses. Moi je peux voir les choses d'une certaine façon, peut-
400 être qu'un tel, ou si toi tu es infirmier demain, peut-être que tu verras les choses sous un autre angle
401 donc voilà... c'est quand même ... ouais je pense qu'il faut quand même avoir des bonnes bases... des
402 connaissances solides... et surtout, surtout il ne faut pas hésiter à demander de l'aide ... à prendre l'avis
403 alors ... Soit d'un collègue, quelqu'un avec qui tu t'entends bien soit de la permanence. Mais se trouver
404 une ressource quoi.

405 Moi : C'est ce que j'ai ressenti aussi. Et c'est vrai que j'ai eu la sensation qu'il y avait une vraie
406 cohésion au sein des équipes infirmières, c'est pour ça que je me suis demandé si on ne pouvait pas
407 encore améliorer les relations avec les médecins. Une des autres personnes que j'ai pu interroger me
408 disait "mais moi je ne comprends pas qu'il n'y ait pas de visite organisée en binôme avec les
409 médecins", une fois que je t'entends.

410 IDE 3 : Ah oui ? elle pense ça aussi ?

411 Moi : Oui des visites en binôme avec les médecins et les infirmiers de chevet pour aller voir les
412 patients, il me disait que ça n'arrivait presque jamais...

413 IDE 3 : Alors là, il faudrait embaucher, parce qu'en fait, là-bas il faut quand même savoir qu'on est
414 dans une politique de... Je ne sais pas si tu sais, mais c'est plus de 350 patients pris en charge au
415 quotidien.

416 Moi : Maintenant c'est 400 oui...

417 IDE 3 : [Rires] Voilà... Donc l'objectif est de grossir, grossir, grossir... Mais bon le risque, c'est
418 d'arriver dans quelque chose d'un peu.... Inhumain... enfin ce n'est pas le bon mot parce qu'en même
419 temps on traite de l'humain justement et on veut bien le prendre en charge. Mais voilà... est-ce qu'il ne
420 faut pas avoir... comme avant où il y avait des antennes. Je ne sais pas. Enfin je n'ai pas LA solution.
421 Je trouve que les patients sont quand même... enfin, c'est aussi une chance de pouvoir "bien" mourir
422 chez soi.

423 Moi : Oui, tout à fait, pour tous ces soins, ça se ressent : les patients sont très bien chez eux. Et puis,
424 c'est un peut-être trivial mais quand on s'intéresse aussi aux comptes et aux dépenses pour le système
425 de santé, l'hospitalisation à domicile peut aussi être une solution intéressante parce que ça coûte quand
426 même beaucoup moins cher qu'un séjour à l'hôpital. Il y a aussi le nombre de place qui n'ont pas
427 besoin d'être construites puisqu'elles sont déjà là... ce sont les sont les domiciles des personnes. Donc
428 au final, il y a plein d'arguments qui font que ça devrait aller dans ce sens-là, mais il faut mettre plus
429 de soignants en place. C'est un gros défi et si on veut que ça marche il faudra plus de soignants. Sinon
430 ça sera une baisse de qualité des soins finalement, si on est obligé de courir...

431 IDE 3 : Après ils sont quand même dans une politique d'embauche... ils embauchent bien... d'ailleurs
432 moi j'ai été un peu estomaquée quand j'ai découvert l'empereur de la structure. Maintenant c'est 250
433 employés, dont la moitié d'infirmiers environ, c'est énorme.

434 Moi : Oui c'est très gros... mais le ratio je pense, patients/infirmier et le ratio infirmières/médecin est
435 en train d'évoluer comme on le disait. Il y a de moins en moins de médecins par rapport au nombre
436 d'infirmiers et de plus en plus de patients pour chacune d'entre elles. C'est compliqué.

437 IDE 3 : Oui, je ne sais comment ça va évoluer tout ça....

438 Moi : Bon bah écoute, on a répondu à tout mon questionnaire, est-ce que tu voyais des choses à
439 rajouter ? peut-être des points que tu aurais voulu aborder... ? Donc je reviens sur les thèmes de la
440 question de départ : l'analyse clinique infirmière, la collaboration avec l'équipe médicale, dans le
441 prendre soin en HAD... ?

442 IDE 3 : Non, je ne vois pas, j'ai l'impression qu'on a fait le tour...

443 Moi : En fait moi j'ai noté 2, 3 petites choses supplémentaires pendant qu'on était en train de parler
444 donc on peut peut-être revenir sur ça finalement, si tu veux bien : Est-ce qu'à un moment l'HAD ta
445 proposé de valoriser ton expérience en soins palliatifs ? avec ton DU en fait, valoriser ton expertise en
446 soin palliatifs... Est-ce que l'HAD t'a proposé, par exemple au chevet d'avoir une majorité de patients
447 rentrant dans ce genre de prise en charge ?

448 Ou quand tu étais de liaison, est-ce qu'elle t'a proposé de faire les préadmissions des patients qu'on
449 soupçonnait être de ce type de prise en charge future ?

450 IDE : Alors ils aiment bien embaucher des personnes avec des DU c'est ce qu'ils m'ont dit à
451 l'embauche, mais non, après mon expertise particulière n'a pas réellement été utilisée. Quand je suis
452 passée de liaison, elles m'avaient parlé de réfléchir à comment mettre en valeur ce DU mais comme ça
453 s'est vite arrêté... En fait j'avais plutôt un profil pour UPHAD, c'est un projet qui a débuté le 24 janvier
454 mais je n'ai pas pu postuler car ils demandaient 3 ans d'ancienneté au sein de l'HAD. D'ailleurs ils ne
455 demandaient pas nécessairement de DU

456 Moi : D'accord, merci. Et ma dernière question va plutôt porter sur le moment où tu étais en centre de
457 soins, donc ton expérience au sein du centre de soins en fait : Est-ce que tu avais des contacts avec le
458 corps médical ? J'imagine que dans ce cas-là c'était plutôt auprès des médecins traitants peut-être ?
459 Donc est-ce que t'avais à faire à eux ? Est-ce que c'était fréquent ? Et comment se faisaient vos
460 échanges ? Comment était votre relation au regard de celle que t'as décrit là avec les médecins de
461 l'HAD ?

462 IDE 3 : Oui j'avais des contacts avec le corps médical, enfin c'étaient surtout les médecins généralistes
463 du coin. C'était moins fréquent qu'à l'HAD et c'était un peu pareil, essentiellement par téléphone.

464 Moi : On a parlé de plein de chose et tu m'as dit plein de choses intéressantes... Super. Eh bien écoute,
465 merci beaucoup.
466

Annexe VI : Tableau méthodologique d'aide à l'analyse des entretiens : Grille d'analyse

Thèmes	Sous-thèmes		Réponses des IDE interrogés			
			IDE 1	IDE 2	IDE 3	
PROFIL DES REPONDANTS PARCOURS IDE	Temps de diplomation					
	Expériences professionnelles antérieures					
	Formations complémentaires reçues					
	Expériences professionnelles au sein de l'HAD					
	Rôles occupés par les répondants					
	Motivations d'orientation vers les soins à domicile					
LE PRENDRE EN SOIN	Définition du prendre en soin					
	Place ...	Des connaissances				
		Des compétences	Techniques			
			D'organisation			
			Relationnelles			
	Importance des valeurs soignantes	Empathie				
		Compassion				
		Patience				
		Adaptabilité				
		Respect				
		Professionalisme				
		Intégrité				
		Capacité d'organisation				
		Sens des responsabilité				
		Excellence				
	Spécificités du prendre en soin à domicile	Esprit d'équipe/de collaboration				
		Place de l'entourage				
		Importance de l'anticipation				
		Ressenti de l'autonomie				
		Prise en soin partagée				
Place du suivi						

L' ANALYSE CLINIQUE	Place et spécificités de l'interrogatoire					
	Examen clinique confronté à une expérience acquise					
	Réflexivité et sens du soin					
	Les approches de la démarche		Méthode inductive			
			Méthode déductive			
	Freins et leviers	Freins	Manque de temps			
			Transmissions indirectes			
			Complexité du cas rencontré			
		Leviers	Anticipation			
			Expérience/habitude			
			Adaptabilité et réactivité			
			Esprit de synthèse			
Coopération interprofessionnelle						
Conclusions et jugements cliniques obtenus						
Actions mises en place	Rôle propre					
	Rôle prescrit					
	Autres					

LA COORDINATION	Formations dispensées au sein du service					
	Spécificités des différentes missions IDE	Liaison				
		Coordination				
		Bureau de soin				
		Chevet				
	Organisation des intervention	Planification des tournées				
		Réorganisation des tournées				
		Valorisations des compétences au cours de la planification des soins				
	Moyens de communication					
	Organisation des transmissions	Transmissions interdisciplinaires et interprofessionnels				
		Transmissions IDE/IDER				
		Staff médicaux				
Organisation de l'astreinte médicale						

LA COLLABORATION	Importance de ...	L'équipe de coordination			
		L'interprofessionnalité			
		L'interdisciplinarité			
	Relation IDE/Médecin	Ressenti général			
		Rapport hiérarchique			
	Communication des transmissions avec le médecin	Raisons d'appel			
		Méthodes utilisées			
		Standardisation des observations			
		Résultats obtenus			
	Freins et leviers de la relation de confiance	Disponibilité			
		Connaissance mutuelle			
		Respect			
		Intégrité			
		Fiabilité			
		Vulnérabilité			
		Empathie			
		Résolution constructive des problèmes ou des « désaccords »			
		Autre : Implication du soignant			
Notion de responsabilité partagée					
Pistes, ouvertures et craintes évoquées					

Annexe VI : Grille d'analyse des entretiens réalisés :

Thèmes	Sous-thèmes	Réponses des IDE interrogés		
		IDE 1	IDE 2	IDE 3
PROFIL DES REPONDANTS PARCOURS IDE	Temps de diplomation	Infirmière depuis mars 2023	Infirmier depuis un an maintenant	Ça fait 23 ans que j'ai mon diplôme
	Expériences professionnelles antérieures	J'ai travaillé en SSIAD pendant 7 ans	Missions pour l'HAD en tant qu'AS	2 ans en réanimation polyvalente et 2 ans en hématologie pédiatrique, j'ai travaillé quelques temps au centre de gériatrie. Puis 7 ans dans un centre de soins et 8 ans en EHPAD
	Formations complémentaires reçues			J'ai un DU en soins palliatifs
	Expériences professionnelles au sein de l'HAD	Oui c'est ma première expérience IDE J'ai postulé tout de suite à l'HAD Depuis un tout petit peu plus d'un an	Je n'ai connu que la HAD en tant qu'infirmier	10 mois comme infirmière de chevet Et ensuite quelques mois où j'ai fait de la liaison
	Rôles occupés par les répondants	Majoritairement du chevet, et depuis quelques mois de la coordination	Je n'ai fait que du chevet, j'ai fait du jour d'abord, puis de la nuit et là je suis repassé sur le jour	
	Motivations d'orientation vers les soins à domicile	Je savais déjà que le domicile me plaisait. J'ai fait un stage à l'HAD, ça a confirmé le fait que j'aimais le domicile.	J'ai fait mon stage préprofessionnel là-bas. Durant mes études, j'ai fait des missions pour l'HAD en tant qu'AS	Maintenir des gens chez eux. C'est quelque chose qui me tenait à cœur. Les gens s'ils peuvent être maintenus à domicile, ils préfèrent.

<p style="text-align: center;">PROFIL DES REpondANTS</p> <p style="text-align: center;">PARCOURS IDE</p>	<p style="text-align: center;">Motivations d'orientation vers les soins à domicile</p>	<p>Ce n'est pas du tout la même approche relationnelle ni la même approche des soins.</p>	<p>On sent vraiment le patient beaucoup plus à l'aise qu'en structure hospitalière. Il est chez lui. C'est ce que j'ai adoré et ce qui m'a donné envie de venir travailler à l'HAD.</p> <p>Il n'y a pas cette barrière [entre le soignant et la personne soignée] qu'il pourrait y avoir à l'hôpital : à l'hôpital c'est vraiment... tout le monde est en blouse blanche, pantalon blanc. Ici pas du tout.</p> <p>On peut/pouvait prendre le temps auprès du patient et de son entourage.</p>	<p>Le contact aussi qu'on a avec les personnes chez elles. Ce n'est pas du tout pareil qu'en milieu hospitalier. On va chez les eux. Ce n'est pas le même paradigme.</p> <p>Je suis vraiment pour promouvoir le maintien à domicile [éviter aux patients le choc d'être hospitalisés et dans tout ça] si je peux être un maillon... j'y trouve mon compte.</p> <p><i>[Mesurant toute l'importance, la complexité et la gravité d'un accompagnement à domicile] : c'est aussi une chance de pouvoir "bien" mourir chez soi.</i></p>
--	--	---	---	--

1
2
3

<p style="text-align: center;">LE PRENDRE EN SOIN</p>	<p style="text-align: center;">Définition du prendre en soin</p>	<p>Il y a des patients que j'ai revu plusieurs fois, avec qui j'avais établi une <u>vraie relation</u></p> <p>C'est prendre en compte les besoins de la personne sur le point médical, les soins qu'on va lui apporter, mais c'est aussi toute la relation qu'on va mettre en place.</p>	<p>[Prendre en soin] c'est dans globalité.</p> <p>C'est une prise en charge globale : moralement, physiquement et thérapeutiquement.</p> <p>On ne prend pas en soin que notre patient. On prend aussi en soin tout l'entourage, tout l'environnement du domicile.</p>	<p>C'est plutôt une façon d'être avec la personne</p> <p>Une façon d'être, qui est primordiale avant tout l'aspect technique.</p> <p>Il y a des personnes qui l'ont rapidement [cette façon d'être] dans la profession, moi je pense que je l'ai acquis au fil du temps.</p> <p>Une façon d'être avant les autres compétences techniques et relationnelles.</p> <p>Ensuite, [le sens de] l'observation, hyper important pour faire une bonne analyse.</p> <p>Prendre en soin la personne psychologiquement et physiquement.</p> <p>Il faut s'appuyer sur les transmissions des collègues des jours précédents mais aussi les discussions qu'on peut avoir quand on arrive chez quelqu'un : avec la famille.</p>
--	--	--	---	---

LE PRENDRE EN SOIN					Il y a tout ça à prendre en compte. C'est finalement assez complet mais il faut ratisser large pour avoir une vision correcte.	
	Place ...	Des connaissances		<p>N'aborde pas le sujet spécifiquement.</p> <p>Manipulation des normes dans constantes.</p> <p>« Tout un tas de signes clinique qu'on va surveiller »</p> <p>Schéma d'analyse : drain biliaire, sang dans la proche de recueil, récurrence d'hémorragie digestive probable.</p>	<p>[Si j'estime qu'il y a] besoin d'une intention en urgence vitale, j'appelle le 15</p> <p>Un encombrement bas bah oui on est obligé d'appeler notre médecin parce qu'on sait Pertinemment qui va devoir mettre en place autre chose, un antibiotique ou quelque chose</p>	Il faut quand même avoir de bonnes bases, des connaissances solides
			Techniques		<p>Il faut être dégourdi dans ses actions, dans ses soins.</p> <p>On a décidé d'aspirer la patiente, <u>enfin j'ai dû aspirer la patiente.</u></p>	Après [tout le reste] toutes les compétences qu'on peut avoir : techniques et relationnelles, vont aider
		Des compétences	D'organisation	<p>On rechecke notre tournée, on voit ensemble si on est bien d'accord, les patients, les heures de passage... si au niveau des soins c'est bien ce qui ressort aussi.</p>	<p>Tu analyses d'abord de ton côté les dossiers de ta tournée pour pouvoir justement aider à la bonne organisation de la journée</p> <p>Tu vérifies si tu as tout ton matériel et tout ton</p>	

LE PRENDRE EN SOIN					<p>équipement à ramener parce qu'on ne revient jamais à l'HAD pour venir chercher un peu de matos</p>	
			Relationnelles	<p>Il y des patients que j'ai revu plusieurs fois, avec qui j'avais établi une <u>vraie relation</u></p> <p>Dans le prendre en soin tu as 50% de soin, 50% de relationnel. S'il n'y a pas ces 50% de relationnel, je n'appelle pas ça un soin.</p> <p>C'est prendre en compte la personne comme une personne unique.</p> <p>Prise en soin globale</p> <p>L'entourage compte aussi beaucoup</p>	<p>Les patients qui sont pris en charge pour des soins palliatifs [...] ils sont parfois plus ou moins communicants, discuter avec la famille est encore plus important dans ces cas-là.</p> <p>Il n'y a pas cette barrière [entre le soignant et la personne soignée] qu'il pourrait y avoir à l'hôpital : à l'hôpital c'est vraiment... tout le monde est en blouse blanche, pantalon blanc. Ici pas du tout.</p>	
	Importance des valeurs soignantes	Empathie		<p>Une relation qui va être basée sur l'empathie</p> <p>Il faudrait qu'on soit en binôme ce qui serait, pour certains soins, plus confortable pour le patient</p>	<p>On sent vraiment le patient beaucoup plus à l'aise qu'en structure hospitalière. Il est chez lui. C'est ce que j'ai adoré et ce qui m'a donné envie de venir travailler à l'HAD</p> <p>On sent que le patient se sent mieux qu'à l'hôpital.</p>	<p>Je me dis que voilà : c'est toujours difficile de rentrer en institution, d'être hospitalisé, ça peut être vécu comme un choc.</p> <p>Les gens s'ils peuvent être maintenus à domicile, ils préfèrent.</p> <p>Le patient est décédé, c'était extrêmement dur pour son épouse, elle a</p>

LE PRENDRE EN SOIN	Importance des valeurs soignantes			J'ai fait [...] pour essayer de soulager au maximum la personne.	<p>été choquée. Après tout ça, je suis restée un moment avec elle.</p> <p>Je trouvais ça dur, pour elle surtout, pour son épouse.</p> <p><i>[Empathie projetée jusqu'aux collègues] :</i> Quand le médecin a rappelé les IDE de l'EHPAD, elle s'est montrée très agressive, ça me dérange vraiment de travailler comme ça.</p>
		Compassion	Relation basée sur la bienveillance	Certaines prises en charge sont plus ou moins lourdes, que ce soit pour nous ou pour la famille d'ailleurs	<p>En soins palliatifs : assurer le confort de la personne. Que la personne soit confortable.</p> <p>Malheureusement il était en train de décéder. Bien sûr elle, elle n'avait pas à ce regard-là, donc elle a été extrêmement choquée. C'était dur oui. C'était dur pour elle de la voir comme ça.</p> <p>Pour elle, émotionnellement c'était trop compliqué. Ce qui s'entend complètement. Le patient est décédé, je suis restée un moment avec elle.</p>

LE PRENDRE EN SOIN	Importance des valeurs soignantes				
		Patience		<p>Ce que je trouvais trop bien c'est qu'on avait le temps avec notre patient, on pouvait prendre le temps aussi auprès de l'entourage... on avait le temps, on pouvait prendre le temps justement.</p> <p>Le problème c'est qu'on va être obligé de se presser chez certains patients, ce ne sont pas des trucs qui me plaisent</p>	<p>Ce qui est bien c'est qu'on n'a pas énormément de personnes par jour, mais ce sont des soins assez longs, on reste 1h voire 1h30 chez la personne.</p> <p>Le patient est décédé, c'était extrêmement dur pour son épouse, elle a été choquée. Après tout ça, je suis restée un moment avec elle.</p>
		Adaptabilité		<p>On doit s'adapter sans cesse aux domiciles parce que rien ne se ressemble</p>	<p>Le lit du patient était au milieu du salon.</p> <p>Le patient est décédé, c'était extrêmement dur pour son épouse, elle a été choquée. Après tout ça, je suis restée un moment avec elle.</p>
		Respect	<p>On créait une relation de confiance avec la personne</p> <p>Les personnes soignées, eh bien elles sont chez elle. Elles peuvent un peu plus décider</p>		<p>Quand le médecin a rappelé les IDE de l'EHPAD, elle s'est montrée très agressive, ça me dérange vraiment de travailler comme ça.</p>

LE PRENDRE EN SOIN	Importance des valeurs soignantes		Le patient peut devenir acteur de sa prise en charge		
		Professionnalisme	Une relation de confiance	<p>On tend à ce que ce soit la même chose qu'à l'hôpital : on a le même matériel, pour s'occuper des patients on a le même « confort » (mêmes dispositifs médicaux, lit médicalisé, oxygène à disposition, mêmes traitements...).</p> <p>Moi-même, au bout d'un an, je ne me sens pas encore légitime.</p> <p>J'adore la HAD, mais je pense qu'au fur et à mesure de grimper [croître] comme ça, ça ne va pas trop me plaire, ça va quand même commencer à faire très industriel, la qualité des soins risque de diminuer.</p>	<p>J'étais un peu estomaquée, j'avais l'impression d'être une tâcheronne.</p> <p>Je ne m'y retrouvais pas du tout, surtout sachant que... je venais d'EHPAD... dans la continuité des soins... Pour moi ça n'avait pas trop de sens.</p> <p>Par ce que c'est assez frustrant [de ne pas pouvoir faire plus de suivi], pour moi ça manquait un petit peu de sens.</p>
		Intégrité	Une relation de confiance		<p>Quand je suis arrivée j'ai été un peu estomaquée quand j'ai découvert l'empereur de la structure. J'avais l'impression d'être une tâcheronne et je ne m'y retrouvais pas du tout.</p>
		Sens des responsabilités	Je ne sais pas s'il y avait eu un oubli ou si c'est	Pour pouvoir justement aider à la bonne	<p>Il y a tout ça à prendre en compte. C'est finalement assez</p>

<p style="text-align: center;">LE PRENDRE EN SOIN</p>	<p style="text-align: center;">Importance des valeurs soignantes</p>		<p>moi qui aie mal cherché mais voilà...</p>	<p>organisation de la journée</p> <p>Tu vérifies si tu as tout ton matériel et tout ton équipement à ramener pour être sûr de ne rien oublier.</p> <p>Il faut toujours être sûr d'avoir une mallette complète et tout l'équipement nécessaire</p> <p>Heureusement maintenant qu'on a de plus en plus de transmission les midis Heureusement qu'on est tous assidus dans la tenue de nos dossiers en indiquant tout ce qu'on fait au domicile du patient. Assidus aussi pour aller voir toutes les transmissions des collègues et des intervenants extérieurs.</p> <p>On sait qu'il faut prendre les bonnes décisions</p>	<p>complet mais il faut ratisser large pour avoir une vision correcte. [À propos des communications téléphonique avec les médecins] : Parfois, s'il y a une incompréhension, il ne faut pas laisser le doute.</p> <p>Si je rentre chez moi et que j'ai l'impression de ne pas avoir bien fait les choses, là ça ne va pas aller, je vais y repenser... ça va m'impacter.</p> <p>J'avais l'impression d'avoir vraiment mal fait mon taf, c'était affreux, je ne sentais pas bien. Je me suis dit que j'étais passée à coup de quelque chose peut-être ? surement oui.</p> <p>Dans ce contexte, l'âge du patient, son état de fatigue, aller lui mettre un picline... Est-ce qu'il n'y avait pas un peu d'obstination déraisonnable ?</p> <p>On doit relayer les informations, on doit bien relayer, les bonnes informations, sinon le</p>
--	--	--	--	--	--

LE PRENDRE EN SOIN	Importance des valeurs soignantes				médecin il ne peut pas bien prendre en charge les patients.
		Excellence	<p>J'ai souhaité être formée en coordination</p> <p>Je pense faire une demande pour découvrir le poste de liaison</p>	<p>Je me suis inscrit pour être référent pédiatrique</p> <p>Les soins qu'on fait sont hyper variés [...] c'est royal</p> <p>Je sais qu'il y a encore plein de choses à apprendre, on continue à apprendre tout le temps, on en apprendra tous les jours, j'en suis sûr</p>	<p>Il y a des personnes qui l'ont rapidement [cette façon d'être] dans la profession, moi je pense que je l'ai acquis au fil du temps.</p>
		Esprit d'équipe/de collaboration	<p>Dans un service classique, on peut être plusieurs à expliquer ou réexpliquer un soin, son intérêt pour la personne, tenter de rassurer la personne, la convaincre entre guillemets. Là on est un peu tout seul face à elles. Je dirais que c'est plus délicat.</p> <p>On note tout ce qu'on fait durant notre</p>	<p>Heureusement qu'on est tous assidus dans la tenue de nos dossiers en indiquant tout ce qu'on fait au domicile du patient. Assidus aussi pour aller voir toutes les transmissions des collègues et des intervenants extérieurs.</p>	<p>Je suis vraiment pour promouvoir le maintien à domicile et si je peux être un maillon... j'y trouve mon compte.</p> <p>Il faut s'appuyer sur les transmissions des collègues des jours précédents mais aussi les discussions qu'on peut avoir quand on arrive chez quelqu'un : avec la famille.</p> <p><i>À propos du patient qui est décédé durant la visite à domicile : J'ai</i></p>

LE PRENDRE EN SOIN	Importance des valeurs soignantes		<p>passage. Tout le monde peut le consulter</p> <p>Transmissions orales entre IDE de chevet et certaines IDER</p> <p>Les staffs en rééducation, l'approche interdisciplinaire, c'est beaucoup plus pertinent.</p> <p>Il faudrait qu'on soit en binôme ce qui serait, pour certains soins, plus confortable pour le patient</p>		<p>pu reparler de ça avec l'équipe, bon On ne va pas s'étaler non plus, mais la permanence a dû me demander : "comment ça va toi ?", plus tard, mes collègues IDE qui connaissait aussi le patient m'ont interpellé là-dessus, on a pu échanger... Si j'avais été mal, j'aurais pu faire une demande pour voir quelqu'un.</p> <p>Surtout il ne faut pas hésiter à demander de l'aide. Soit d'un collègue, quelqu'un avec qui tu t'entends bien, soit de la permanence. Mais se trouver une ressource.</p>
	Spécificités du prendre en soin à domicile	Place de l'entourage	<p>L'entourage compte aussi beaucoup</p> <p>On a davantage de relation avec l'entourage</p> <p>Les personnes soignées, eh bien elles sont chez elle.</p>	<p>Les patients qui sont pris en charge pour des soins palliatifs [...] ils sont parfois plus ou moins communicants, discuter avec la famille est encore plus important dans ces cas-là.</p> <p>Certaines prises en charge sont plus ou moins lourdes, que ce soit pour nous ou pour la famille d'ailleurs</p>	<p>Il faut s'appuyer sur [...] les discussions qu'on peut avoir quand on arrive chez quelqu'un : avec la famille.</p> <p>C'était délicat parce que du coup le lit du monsieur était au milieu du salon et son épouse elle, elle disait qu'il dormait mais malheureusement il était en train de décéder. Bien sûr elle, elle n'avait pas à</p>

LE PRENDRE EN SOIN	Spécificités du prendre en soin à domicile				<p>ce regard-là, donc elle a été extrêmement choquée. C'était dur oui. C'était dur pour elle de la voir comme ça</p> <p>Le patient est décédé, c'était extrêmement dur pour son épouse, elle a été choquée. Après tout ça, je suis restée un moment avec elle.</p>
		Importance de l'anticipation	<p>On récupère aussi la clé de notre véhicule</p> <p>On prend notre mallette, complète.</p> <p>On vérifie aussi s'il y a du matériel à apporter</p>	<p>Il faut toujours être sûr d'avoir une mallette complète et tout l'équipement nécessaire</p> <p>De nuit on a tous un kit d'aspiration, un bladder scan, des traitements d'urgence...</p>	<p>Tu regardes si tu n'as pas de matériel à prendre c'est important, bien sûr, vu que tu pars assez loin.</p>
		Ressenti de l'autonomie	<p>Dans un service classique, on peut être plusieurs à expliquer ou réexpliquer un soin, son intérêt pour la personne, tenter de rassurer la personne, la convaincre entre guillemets. Là on est un peu tout seul face à elles. Je dirais que c'est plus délicat.</p> <p>Au début quand j'ai commencé, je me disais « oh là là », parce qu'on</p>	<p>Là il n'y a pas trop le choix !</p> <p>Il faut quand-même énormément d'autonomie et être dégourdi dans ses actions, dans ses soins</p> <p>Mais je ne le ressens pas comme un poids, pas du tout. On a les outils pour nous aider, pour nous accompagner.</p>	<p>Effectivement, tu vas prendre tes décisions plutôt seule.</p> <p>Moi, je ne ressentais pas d'isolement, parce que justement c'est ce que j'aime : être autonome dans mon travail.</p> <p>Donc il faut être autonome, mais il y a toujours une ressource comme la permanence des soins. Ils sont là</p>

<p style="text-align: center;">LE PRENDRE EN SOIN</p>	<p style="text-align: center;">Spécificités du prendre en soin à domicile</p>		<p>est vraiment tout seul en fait ! Je me suis dit : « comment je vais faire ?! » Et en fait, avec le temps tu t'aperçois que tu es seule sans être seule, parce que tu as ton téléphone, donc tu as toujours un médecin au bout du fil.</p> <p>Tu peux toujours contacter aussi le bureau de la permanence des soins</p> <p>Donc je trouve qu'en fait non on n'est pas si seul que ça.</p> <p>Mais j'étais là, entre le patient qui avait peur et cette réflexion de soins palliatifs du côté du médecin... ce n'était pas évident et le médecin, même si c'était par téléphone, m'a aidé à trouver les mots pour aborder les choses</p>	<p>On est quand même très joignable entre collègues en cas de besoin, on sait s'aider, encore plus de nuit parce que de nuit il n'y a pas de permanence</p> <p>[au sujet de l'analyse clinique face à une dégradation de l'état de santé du patient] c'est quand même compliqué parce qu'on est quand même tout seul au domicile</p>	<p>aussi pour te donner des conseils : "Tiens, ben là, ça, qu'est-ce que tu ferais ?"</p> <p>Le patient était vraiment en train de partir, il était sur ses dernières instants, je l'ai vu tout de suite et j'étais un peu paniquée, j'avoue. L'épouse elle, elle disait qu'il dormait, bien sûr elle, elle n'avait pas ce regard-là. C'était dur oui, elle a été extrêmement choquée.</p> <p>Parfois je m'appuis sur l'équipe IDE avec l'intermédiaire du bureau de soins. Je les appelle en disant : "j'ai un doute là, je ne sais pas vraiment s'il faut que j'appelle le médecin ou pas, je suis hésitante, qu'est-ce que t'en penses ?"</p> <p><i>[À propos d'une évaluation anticipée réalisée seule par l'IDE de liaison] :</i> Le personnel infirmier du service où était le patient me donne un énorme dossier.</p>
--	---	--	---	--	--

LE PRENDRE EN SOIN	Spécificités du prendre en soin à domicile				<p>Moi je ne suis pas médecin non plus, et je n'avais pas le temps de me pencher sur tout le dossier.</p> <p><u>Je me suis sentie un peu submergée, j'avoue.</u></p>
		Prise en soin partagée	<p>Les patients au domicile peuvent un peu plus décider.</p> <p>La personne soignée doit être intégrée à sa propre prise en charge.</p> <p>Le patient devient acteur de sa prise en soin.</p> <p>S'il y a un soin que tu n'arrives pas à faire, "ça fait deux fois que j'essaye, je n'y arrive pas » et le relais peut être passé donc je trouve qu'en fait non on n'est pas si seul que ça.</p> <p>Quand le problème concerne l'état de santé du patient mon interlocuteur ça va clairement être le médecin.</p> <p>Transmissions orales entre IDE de chevet et certaines IDER</p> <p>Si le problème n'est pas très précis ou trop urgent</p>	<p>Pour les interventions en pédiatrie on est souvent en binôme avec des puéricultrices ou des auxiliaires de vie.</p> <p>On anticipe en analysant notre tournée en amont pour pouvoir justement aider à la bonne organisation de la journée (soulager notamment la charge de travail du bureau de soin)</p> <p>On est parfois en collaboration pour les soins chez le patient.</p> <p>En pédiatrie on est souvent en binôme avec les puéricultrices ou les auxiliaires de vie.</p> <p>On peut être en collaborations avec d'autres intervenants de l'HAD : collègues infirmiers, AS ou AVS mais ça peut aussi être avec des soignants</p>	<p>Ça va se faire dans un deuxième temps par quelqu'un d'autre.</p> <p>Se trouver une ressource.</p> <p>Ne pas hésiter à demander de l'aide.</p> <p><i>[Le bureau de soins est là aussi pour aider. Il peut même participer à l'analyse et au jugement cliniques pour t'aider si oui ou non il faut appeler le médecin.]</i></p>

LE PRENDRE EN SOIN	Spécificités du prendre en soin à domicile		<p>pour que tu aies besoin d'appeler le médecin directement, tu fais des transmissions auprès de l'IDE coordinatrice. Elle, elle va peut-être avoir des idées ou elle va juger en fonction de ce que les autres IDE de chevet qui ont vu le patient lui ont dit aussi, si elle a besoin de staffer le patient</p> <p>Quand on arrive dans les EHPADs, on demande toujours les transmissions aux infirmiers de l'EHPAD</p> <p>En parlant des surveillances : Que ce soit moi qui les mette en place où les IDE de chevet précédentes</p> <p>Il faudrait qu'on soit en binôme ce qui serait, pour certains soins, plus confortable pour le patient</p>	<p>extérieurs : des IDEL, des personnes de l'ADMR, des auxiliaires de vie...</p> <p>Les patients qui sont pris en charge pour des soins palliatifs [...] ils sont parfois plus ou moins communicants, discuter avec la famille est encore plus important dans ces cas-là.</p> <p>Certaines prises en charge sont plus ou moins lourdes, que ce soit pour nous ou pour la famille d'ailleurs</p>	
		Place du suivi	<p>Il y a des patients que j'ai vu qu'une seule fois</p> <p>Certains patients que j'ai pu voir deux, trois fois, parfois un peu plus mais souvent on ne les revoit pas</p>	<p>Nos journées, elles ne se ressemblent pas tellement</p> <p>Au vu du nombre de patients et du nombre des soignants, il y a</p>	<p>Quand je suis arrivée, la première chose que j'ai réalisé c'était je j'avais une tournée un jour, une autre le lendemain et je ne revoyais quasiment jamais les mêmes personnes.</p>

<p style="text-align: center;">LE PRENDRE EN SOIN</p>	<p style="text-align: center;">Spécificités du prendre en soin à domicile</p>	<p style="text-align: center;">Place du suivi</p>	<p>Mais : Durant l'été j'ai gardé le même secteur, quasiment les mêmes tournées et donc il y avait des patients que j'ai revu plusieurs fois, avec qui j'avais établi une vraie relation</p> <p>L'organisation de la HAD permet aux infirmiers de suivre les patients dans le temps ? Non. En tout cas pas au chevet. Le seul poste où on peut suivre les patients plus longtemps, c'est la coordination.</p> <p>Les transmissions écrites : on note tout ce qu'on fait durant notre passage. Tout le monde peut le consulter</p> <p>Quand on arrive dans les EHPADs, on demande toujours les transmissions aux infirmiers de l'EHPAD</p>	<p>forcément un énorme turnover</p> <p>Même si les patients chroniques on a quand même plus de chance de les revoir.</p> <p>Ça reste quand même aléatoire.</p> <p>L'organisation de l'HAD permet-elle un suivi dans le temps pour les IDE de chevet ? Pas totalement.</p> <p>Heureusement maintenant qu'on a de plus en plus de transmission les midis</p>	<p>J'étais un peu estomaquée, j'avais l'impression d'être une tâcheronne.</p> <p>Je ne m'y retrouvais pas du tout, surtout sachant que... je venais d'EHPAD... dans la continuité des soins...</p> <p>Je trouvais que ça n'avait pas trop de sens.</p> <p>Je l'ai fait remonter et mon témoignage en plus de celui des autres, ont peut-être permis de faire changer un peu les choses : on est passé à la sectorisation.</p> <p>Ça ne veut pas dire qu'on voit toujours les mêmes patients mais il y avait quand même plus de continuité, plus de suivi possible.</p> <p>Donc par la suite c'était un peu mieux.</p>
--	---	---	---	--	---

L' ANALYSE CLINIQUE	Place et spécificités de l'interrogatoire	<p>Quand on arrive dans les EHPADs, on demande toujours les transmissions aux infirmiers de l'EHPAD</p>	<p>[On va] aller voir toutes les transmissions des collègues et des intervenants extérieurs.</p>	<p>Il faut recueillir les informations des infirmières de l'EHPAD</p> <p>Tu recueilles les témoignages des soignants ou de la famille</p> <p>Il faut s'appuyer sur les transmissions des collègues des jours précédents mais aussi les discussions qu'on peut avoir quand on arrive chez quelqu'un : avec la famille.</p> <p>Il y a tout ça à prendre en compte, c'est finalement assez complet mais il faut ratisser large pour avoir une vision correcte.</p> <p>Tu analyses toutes les transmissions qui ont été faites. Ensuite, quand tu rentres chez le patient, Tu écoutes tout ce qui se dit chez la personne</p>
	Examen clinique confronté à une expérience acquise	<p>Mon analyse clinique se fait sur les surveillances</p>	<p>Ça part d'un dysfonctionnement, que ce soit de l'état du</p>	<p>Dès qu'on arrive il faut justement analyser un peu les choses...</p>

L' ANALYSE CLINIQUE	Examen clinique confronté à une expérience acquise	<p>Tout un panel de signes cliniques qu'on vérifie ; et en fonction de l'évolution de ces signes cliniques</p> <p>Hyperthermie à 38, fréquence respi. à 45, désaturé aux alentours de 75</p>	<p>patient ou de la prise en charge</p> <p>Besoin d'une intention en urgence vitale</p> <p>Hyperthermie à 40.</p> <p>Vomissements fécaloïdes.</p> <p>Je pense que c'était plus de l'agitation due à ses démences, ce n'est pas une anxiété, ce n'était pas une douleur, enfin du moins il n'y avait aucun indice pour nous y faire penser, mais c'est compliqué d'évaluer ça quand même, chez ces patients avec ce genre de pathologies.</p>	<p>Ce que tu as constaté</p> <p>Je me souviens, un matin, je devais aller chez une personne, je regarde les transmissions de la veille :</p> <p>Ce n'était pas de top-top, il avait été mis sous oxygène, son état s'était altéré. Mais quand je suis arrivée au domicile, je me suis rendu compte qu'en fait il était en train de mourir.</p> <p>Le patient désaturé à 40%, [j'ai augmenté l'oxygène] mais on se retranche un peu derrière ça parfois...</p> <p>Le patient était vraiment en train de partir, il était sur ses dernières instants, je l'ai vu tout de suite et j'étais un peu paniquée, j'avoue.</p>
	Réflexivité et sens du soin	<p>Là il y a une douleur, de l'inconfort ou autre</p> <p>Drain biliaire, antécédents d'hémorragies digestives, sa poche stomie contenait du sang, Je me suis inquiétée parce que je</p>	<p>[Mon analyse clinique peut] partir d'un dysfonctionnement, de la prise en charge.</p> <p>On savait que la patiente n'allait peut-être pas sortir vivante de ce moment-là, alors on a fait au maximum pour</p>	<p>Pour l'expliquer, pour la transmettre correctement, il faut que je comprenne la situation</p> <p>Le patient était vraiment en train de partir, il était sur ses dernières instants, je l'ai vu tout de</p>

L' ANALYSE CLINIQUE			<p>me suis dit qu'il était peut-être, ou probablement en train de faire à nouveau une hémorragie digestive</p> <p>N'avait déjà pas voulu être hospitalisé alors qu'à la base, ça aurait été sûrement mieux</p>	<p>du palliatif, au maximum de pour le confort, pour la soulager.</p>	<p>suite et j'étais un peu paniquée, j'avoue <u>J'ai mis...enfin on se retranche un peu derrière ça parfois et on va mettre une SAT, on va augmenter l'oxygène etc.</u></p>
	Les approches de la démarche	Méthode inductive	<p>Mon analyse clinique se fait sur les surveillances</p> <p>Drain biliaire, antécédents d'hémorragies digestives, sa poche stomie contenait du sang, Je me suis inquiétée parce que je me suis dit qu'il était peut-être, ou probablement en train de faire à nouveau une hémorragie digestive</p>	<p>Ça part d'un dysfonctionnement.</p> <p>Je constate que... [signes cliniques]</p>	<p>Dès qu'on arrive il faut justement analyser un peu les choses...</p> <p>Ce que tu as constaté</p> <p>C'est ce cumul d'informations [ce que tu entends, ce que tu constates] que tu vas, centraliser, hiérarchiser</p>
		Méthode déductive		<p>On analyse déjà</p> <p><i>Concernant les prescriptions anticipées</i> : Est-ce que je peux mettre en place les thérapeutiques ou pas ? <i>Si oui</i> : on réévalue</p> <p>Si justement il n'y a pas d'amélioration de l'état du patient avec les anticipés</p>	

L' ANNALYSE CLINIQUE	Freins et leviers de l'analyse	Freins	Manque de temps		<p>Il nous manque huit soignants pour les tournées de demain. On va tous tourner à 140%.</p> <p>Le problème c'est qu'on va être obligé de se presser chez certains patients, ce ne sont pas des trucs qui me plaisent</p>	<p>Ce qui est bien c'est qu'on n'a pas énormément de personnes par jour, mais ce sont des soins assez longs, on reste 1h voire 1h30 chez la personne.</p> <p>Il faut que je comprenne <u>vite</u> la situation</p>
			Transmissions indirectes	Une infirmière intérimaire et qui ne connaissait pas la patiente		
			Complexité du cas rencontré		<p>Les cas qu'on rencontre sont hyper variés</p> <p>Nos journées, elles ne se ressemblent pas tellement</p> <p>Au vu du nombre de patients et du nombre des soignants, il y a forcément un énorme turnover</p>	<p>[À propos d'une visite en EHPAD] : C'était très compliqué. C'est dur quand on ne connaît pas la personne et quand ce sont des situations complexes. Tu essaies de comprendre mais tu as beau faire, tu ne comprends pas quand même.</p> <p>[Lors d'une préadmission en tant qu'IDE de liaison] : Un énorme dossier. Moi je ne suis pas médecin non plus, et je n'avais pas le temps de me pencher sur tout le dossier.</p> <p><u>Je me suis sentie un peu submergée, j'avoue</u></p>

L' ANALYSE CLINIQUE	Freins et leviers de l'analyse	Leviers	Anticipation	On met en place des surveillances et ensuite on va venir réévaluer.	On anticipe en analysant notre tournée en amont Ce soir-là, au vu de ce qui s'était passé pour cette patiente dans la journée, en préparant ma tournée avec les collègues, on avait pris en plus des sondes d'aspirations adaptées	
			Expérience/habitude		<p>Avec un peu d'expérience [on modifie notre propre organisation pour faciliter les choses]</p> <p>Je trouve qu'au fur et à mesure, avec l'aisance, avec le temps et le fait de vivre ce genre de situations de plus en plus souvent, on arrive quand même à bien s'adapter.</p>	<p>Plus on a de situation comme ça à gérer, plus on est à l'aise et plus ça devient un peu mécanique et on repère un petit peu plus vite les choses la fois d'après.</p> <p>Je pense que ça s'affine au fil du temps.</p> <p>Moi j'avais travaillé en EHPAD et ça m'a beaucoup servi. Heureusement ! Je ne sais pas comment j'aurais fait sans ça.</p> <p>[À propos de l'aide proposée par la permanence des soins] : Souvent à la permanence ce sont des personnes qui ont de l'expériences à l'HAD. On acquiert aussi des automatismes en étant</p>

L' ANALYSE CLINIQUE	Freins et leviers de l'analyse					là-bas tout le temps. C'est une ressource.
		Adaptabilité et réactivité	J'y allais pour une simple surveillance mais quand je suis arrivée	Les cas qu'on rencontre sont hyper variés Nos journées, elles ne se ressemblent pas tellement Je trouve qu'au fur et à mesure, avec l'aisance, avec le temps et le fait de vivre ce genre de situations de plus en plus souvent, on arrive quand même à bien s'adapter. Une patiente qui était censée être en décompensation respiratoire mais en arrivant je constate qu'en fait...	On y va pour une surveillance simple... Et puis finalement, il s'avère que [c'est tout autre chose] C'est vraiment variable, il n'y a pas une recette. Ça dépend. Je suis partie en pensant que... mais quand je suis arrivée je me suis rendu compte que...	
		Esprit de synthèse			Je lui dresse un tableau clinique	Après avoir recueilli toutes les données, les transmissions, ce que tu as constaté... tu fais ta petite synthèse Tu recueilles les témoignages des soignants et tu essayes de bien synthétiser
		Coopération interprofessionnelle	En parlant des surveillances : Que ce soit moi qui les mette en	On est parfois en collaboration pour les soins chez le patient.	Parfois je m'appuie sur l'équipe IDE avec l'intermédiaire du bureau	

L' ANALYSE CLINIQUE				place où les IDE de chevet précédentes	<p>En pédiatrie on est souvent en binôme avec les puéricultrices ou les auxiliaires de vie.</p> <p>On peut être en collaborations avec d'autres intervenants de l'HAD : collègues infirmiers, AS ou AVS mais ça peut aussi être avec des soignants extérieurs : des IDEL, des personnes de l'ADMR, des auxiliaires de vie...</p> <p>Heureusement maintenant qu'on a de plus en plus de transmission les midis</p>	<p>de soins. Je les appelle en disant : "j'ai un doute là, je ne sais pas vraiment s'il faut que j'appelle le médecin ou pas, je suis hésitante, qu'est-ce que t'en penses ?" « Là, moi j'appellerai. » Donc ça va m'aider à prendre ma décision</p> <p>Donc on peut se mettre à plusieurs finalement pour analyser la situation clinique et puis trancher si oui ou non, on appelle le médecin</p>
	Conclusions et jugements cliniques obtenus				<p>Médicale si on a vraiment une évolution qui fait qu'on a clairement besoin d'une prescription médicale et qui plus est donc : du médecin</p> <p>Dans ce cas-là on ne va pas forcément en parler aux médecins tout de suite</p> <p>On réévalue</p> <p>Tu vas être alertée par des signes cliniques, tu vas mettre en place une</p>	<p>[La première question que je pose c'est] est-ce que je peux intervenir sans avoir à appeler le médecin pour l'instant ?</p> <p>D'abord mettre en place toutes les prescriptions médicales qui sont anticipées.</p> <p>Si justement il n'y a pas d'amélioration de l'état du patient avec les anticipés ou s'il n'y a pas d'anticipés, alors on fait ça avec le médecin</p>

<p style="text-align: center;">L' ANNALYSE CLINIQUE</p>	<p style="text-align: center;">Conclusions et jugements cliniques obtenus</p>	<p>surveillance et en fonction de leur évolution, soit s'ils sont d'emblée inquiétants et tu vas contacter le médecin soit tu continues la surveillance</p>	<p>On va quand même pas mal se référer au médecin pour faire le point</p> <p>Appel au 15 devant une dégradation trop importante</p> <p>Les médecins nous aiguillent, nous ont dit ce qu'il faut faire, et nous on agit.</p> <p>Certains des médecins sont demandeurs de la conclusion de notre analyse : « Qu'est-ce que nous, on ferait sur cette situation-là ? »</p>	<p>Parfois je m'appuis sur l'équipe IDE avec l'intermédiaire du bureau de soins. Je les appelle en disant :</p> <p>"j'ai un doute là, je ne sais pas vraiment s'il faut que j'appelle le médecin ou pas, je suis hésitante, qu'est-ce que t'en penses ?"</p> <p>« Là, moi j'appellerai. »</p> <p>Donc ça va m'aider à prendre ma décision</p> <p>Donc on peut se mettre à plusieurs finalement pour analyser la situation clinique et puis trancher si oui ou non, on appelle le médecin</p> <p>[À propos d'une visite en EHPAD et pour une situation complexe] : Je n'avais pas bien compris les choses, je n'avais pas appelé. Mais finalement, le lendemain l'IDE qui est passé a donné un coup de fil au médecin. Ils ont mis le patient sous Midazolam.</p> <p>Depuis lors je me dis : "Tu as un doute, tu appelles quand même" C'est une leçon.</p>
---	---	---	---	---

L' ANALYSE CLINIQUE					<p>"Toujours, appeler plus que pas assez", au moindre doute bien sûr, pas inutilement.</p> <p><i>[À propos d'une préadmission réalisée seule en tant qu'IDE de liaison] :</i> J'ai conclu que le patient rentrait dans les critères d'admission, le médecin a validé les choses.</p>
	Actions mises en place	Rôle propre	<p>Tout simplement sur une surveillance clinique infirmière</p> <p>"là la tension il y a besoin d'une surveillance un peu plus étroite à mettre en place, je la mets en place »</p> <p>On réévalue</p>	<p>Est-ce qu'il y a un dysfonctionnement, de la prise en charge ?</p> <p>On réévalue</p> <p>Appel au 15 devant une dégradation trop importante</p> <p>Tu réévalues</p>	
		Rôle prescrit	<p>J'appelle le médecin et on voit ce qu'on peut mettre en place</p> <p>On va alerter le médecin : qu'est-ce qu'on met en place ?</p> <p>Quand le problème concerne l'état de santé, en général on appelle le médecin</p>	<p><i>Concernant les prescriptions anticipées :</i> Est-ce que je peux mettre en place les thérapeutiques ou pas ?</p> <p>Les médecins nous aiguillent, nous ont dit ce qu'il faut faire, et nous on agit.</p>	

			Le médecin m'avait demandé de faire une petite injection de bolus d'Oxynorm		
	Actions mises en place	Autres	On réévalue	<p><i>Concernant les prescriptions anticipées</i> : Est-ce que je peux mettre en place les thérapeutiques ou pas ?</p> <p>Concernant leurs indications : c'est clair, c'est de plus en plus aiguillé pour qu'on ait de moins en moins à appeler les prescripteurs.</p> <p>Certains des médecins sont demandeurs de la conclusion de notre analyse : « Qu'est-ce que nous, on ferait sur cette situation-là ? »</p>	

5

6

LA COORDINATION	Formations dispensées au sein du service		<p><i>Formations obligatoires/systématiques à l'embauche :</i> Formations sur l'utilisation des PCA, sur les pensements complexes et les TPN</p>		
			<p>Pour être en coordination, tu postules simplement en interne, tu es doublée durant une semaine. Pour la liaison je serais doublée minimum 15 jours.</p>	<p>Je me suis inscrit pour être référent pédiatrique. La formation se fera sur deux jours d'enseignements théoriques et 3 à 4 jours en doublure</p>	<p>Pour la liaison j'ai été doublée durant une dizaine de jours.</p>
	Spécificités des différentes missions IDE	Liaison	<p>L'équipe de liaison se charge de la première rencontre avec la personne, ils font la première évaluation, le dossier de préadmission.</p> <p>C'est dès cette première rencontre que le projet de soin va être mis en place</p> <p>Le médecin de liaison, il va venir avec une IDE de liaison pour faire l'évaluation d'entrée.</p> <p>L'IDE de liaison prévoit les intervenants : combien de passages il va falloir etc.</p>	<p>L'IDE de liaison va voir le patient à l'hôpital ou au domicile selon l'endroit où il est avant son entrée en HAD.</p> <p>Elle regarde le dossier, en fait un récapitulatif et le transmet aux IDE de chevet qui vont aller faire l'entrée du patient.</p> <p>Elles font le lien entre une sortie d'hôpital et une autre entrée dans la structure.</p>	<p>Elle s'occupe des évaluations du début en binôme : infirmière et médecin.</p> <p>Cette première évaluation faite, que le médecin valide, la personne rentre dans le processus de l'HAD, l'IDE de liaison va ficeler un peu tout, tous les acteurs : s'il y a besoin d'une intervention libérale ? quand il y a besoin que l'HAD passe ?</p> <p>Finalement c'est un peu le chef d'orchestre. Puis elle repasse le dossier aux infirmières</p>

LA COORDINATION	Spécificités des différentes missions IDE	Coordination	<p>Toute une chaîne qui se met en place, l'organisation logistique, les intervenants, les commandes de matériel et de médicaments</p> <p>La coordination il va faire le lien entre tous les intervenants, s'occuper de l'organisation et faire un suivi des soins et du patient sur la durée.</p> <p>Ce sont les IDE coordinatrices qui choisissent qui elle veulent staffer</p> <p>. La coordinatrice va réévaluer pour ajouter ou diminuer les interventions (nombre et durées) selon l'évolution des besoins du patient durant son séjour</p>	<p>L'IDE référente va avoir quasiment 20 patients qu'elle suit.</p> <p>C'est l'interlocutrice principale pour le patient et pour les IDE de chevet.</p> <p>C'est elle qui connaît le mieux les dossiers.</p> <p>Elle fait des suivis au domicile 1 fois par semaine chez tous ces patients.</p> <p>C'est elle qui gère tout au niveau organisationnel et administratif, caler nos passages soignants, caler les ambulances si besoin...</p>	références ou coordinatrices
		Bureau de soin	<p>Le bureau des soins ça va être pour un problème technique, un doute sur comment faire un soin, un patient qui n'est pas là...</p>		<p>Ils sont là aussi pour te donner des conseils : "Tiens, ben là, ça, qu'est-ce que tu ferais ?"</p> <p>Parfois je m'appuie sur l'équipe IDE avec l'intermédiaire du bureau de soins. Je les appelle en disant :</p>

LA COORDINATION					<p>"j'ai un doute là, je ne sais pas vraiment s'il faut que j'appelle le médecin ou pas, je suis hésitante, qu'est-ce que t'en penses ?"</p> <p>« Là, moi j'appellerai."</p> <p>Donc ça va m'aider à prendre ma décision</p>	
		Chevet	<i>Sont en charge de l'ensemble des soins et des surveillances, relais du suivi au plus près du patient Ils représentent le service au domicile du patient, entretiennent la relation auprès du patient et de son entourage.</i>			
	Organisation des intervention	Planification des tournées	Les tournées, c'est la permanence des soins qui gère, aidée par les cadres du secteur			
		Réorganisation des tournées	Si une mission est ajoutée c'est le bureau de permanence qui va choisir un IDE en fonction de la zone géographique de chacun et aussi en fonction du nombre de patients qui leur reste à voir.	Ce soir-là, au vu de ce qui s'était passé pour cette patiente dans la journée, en préparant ma tournée avec les collègues, on avait programmé un deuxième passage.	Ça va se faire dans un deuxième temps par quelqu'un d'autre.	En cas de nouveau besoin, ils peuvent déplacer certains soins, faire bouger un petit peu les lignes et modifier les passages.
		Valorisations des compétences au cours de la planification des soins	<p>Il existe des listes « référent pédiatrie », d'autres sont « référents chimiothérapies »</p> <p>Il y a aussi une liste pour préciser qu'on n'est pas à l'aise avec tel ou tel soin.</p>			Même si cela a surement compté lors de mon embauche, dans les faits mon expertise particulière en soins palliatifs, n'a pas réellement été utilisée.
	Moyens de communication		Téléphone ou les tablettes patient, MobiSoins ça marche bien	On a tout sur le téléphone.	MobiSoins, sur nos téléphones : Super pratique, oui	

LA COORDINATION				C'est hyper clair, pratique pour chercher des informations. Une fois que tu as vraiment bien pris en main ton logiciel : c'est royal.	
	Organisation des transmissions	Transmissions interdisciplinaires et interprofessionnels	<p>On note tout ce qu'on fait durant notre passage. Tout le monde peut le consulter</p> <p>On a toujours 20 minutes de transmissions orales entre IDE de chevet et certaines IDER, par secteur géographique, il n'y a pas de médecin par contre. Mais ça viendra je pense</p> <p>Quand on arrive dans les EHPADs, on demande toujours les transmissions aux infirmiers de l'EHPAD</p>	<p>Heureusement maintenant qu'on a de plus en plus de transmission les midis</p> <p>Heureusement qu'on est tous assidus dans la tenue de nos dossiers en indiquant tout ce qu'on fait au domicile du patient. Assidus aussi pour aller voir toutes les transmissions des collègues et des intervenants extérieurs.</p>	
		Transmissions IDE/IDER	<p>On a toujours 20 minutes de transmissions orales entre IDE de chevet et certaines IDER, par secteur géographique,</p>	<p>Pour l'IDE au chevet, c'est beaucoup de transmissions aux infirmières référentes.</p>	
		Staff médicaux	<p>Ce sont les IDE coordinatrices qui choisissent qui elle veulent staffer</p>	<p>C'est une fois toutes les six semaines pour les IDE de chevet.</p> <p>Ça reste très flou quand même.</p>	

<p style="text-align: center;">LA COORDINATION</p>	<p style="text-align: center;">Organisation des transmissions</p>	<p style="text-align: center;">Staffs médicaux</p>	<p>Patients qui ont eu des problématiques dernièrement ou Qui n'ont pas été aussi staffés par exemple depuis longtemps</p> <p>C'est particulier les staffs en général : Tu es un peu tout seul quoi, tu déroules ton truc...face à un médecin qui n'a pas forcément connu ce patient... Après ça peut arriver que tu puisses avoir quelques conseils mais bon, ce n'est pas non plus...</p> <p>Une ou deux infirmières de chevet qui y assistent mais ça dépend de qui peut être présent, on ne connaît pas forcément les mêmes patients au sein d'un même secteur.</p> <p>En rééducation c'est différent ! parce que tous les rééducateurs qui sont là Kiné, APA, Ergo... on staffe tous les patients un à un, c'est beaucoup plus intéressant, les rééducateurs qui vont</p>	<p>On staffe certains patients parce que ça fait trois semaines qu'on ne les a pas staffés donc il faut les staffer mais il n'y a pas forcément besoin de les staffer... Des fois on est prévu au staff mais on n'est pas du même secteur...</p>	
---	---	--	---	---	--

			<p>tous donner leur point de vue.</p> <p>Leurs évaluations en fonction de leurs compétences, tout le monde connaît le patient dont on parle, c'est beaucoup plus pertinent</p>		
	Organisation de l'astreinte médicale		<p>C'est le médecin qui te répond au téléphone</p> <p>Un médecin bureau du secteur nord et un médecin de bureau au secteur sud</p> <p>Sont d'astreinte téléphonique et que tu peux appeler jour, nuit, week-end.</p>	Il y a maintenant 2 médecins : le nord et le sud.	

8

9

LA COLLABORATION	Importance de ...	L'équipe de coordination	<p>La coordination il va faire le lien entre tous les intervenants, s'occuper de l'organisation et faire un suivi des soins et du patient sur la durée.</p> <p>IDE en coordination et que tu as besoin de t'entretenir avec le médecin tu vas voir en fonction du secteur géographique du patient pour trouver le médecin qui le suis.</p>		
-------------------------	-------------------	--------------------------	--	--	--

LA COLLABORATION

			<p>Ce sont les IDE coordinatrices qui choisissent qui elle veulent staffer</p> <p>Si le problème n'est pas très précis ou trop urgent pour que tu aies besoin d'appeler le médecin directement, tu fais des transmissions auprès de l'IDE coordinatrice. Elle, elle va peut-être avoir des idées ou elle va juger en fonction de ce que les autres IDE de chevet qui ont vu le patient lui ont dit aussi, si elle a besoin de staffer le patient. C'est l'étape intermédiaire en fait.</p>		
		<p>L'interprofessionnalité</p>	<p>Tu peux toujours appeler quelqu'un, ça vient même assez instinctivement quand tu es face à une difficulté.</p> <p>Le médecin va te dire "ah bah oui j'en ai entendu parler..."</p> <p>Les transmissions écrites : tout le monde peut les consulter</p> <p>Que ce soit moi ou une autre infirmière de chevet venue avant moi.</p>		<p>Les IDE de la permanence des soins sont là aussi pour te donner des conseils : "Tiens, ben là, ça, qu'est-ce que tu ferais ?"</p> <p>Parfois je m'appuis sur l'équipe IDE avec l'intermédiaire du bureau de soins. Je les appelle en disant : "j'ai un doute là, je ne sais pas vraiment s'il faut que j'appelle le médecin ou pas, je suis hésitante, qu'est-ce que t'en penses ?"</p>

LA COLLABORATION					<p>Surtout il ne faut pas hésiter à demander de l'aide. Soit d'un collègue, quelqu'un avec qui tu t'entends bien, soit de la permanence. Mais se trouver une ressource.</p>
		L'interdisciplinarité	<p>En rééducation c'est différent ! parce que tous les rééducateurs qui sont là Kiné, APA, Ergo... on staffe tous les patients un à un, c'est beaucoup plus intéressant, les rééducateurs qui vont tous donner leur point de vue.</p> <p>Leurs évaluations en fonction de leurs compétences, tout le monde connaît le patient dont on parle, c'est beaucoup plus pertinent</p>	<p>On voit beaucoup plus les patients en étant de chevet, donc ils sont amenés à nous faire confiance.</p>	<p>Avec la direction : Ce qui est bien à l'HAD c'est qu'après ton embauche, au bout de 2 ou 3 semaines, ils te revoient rapidement pour faire le point.</p> <p>J'ai pu leur dire que j'étais un peu surprise par le fait de changer tous les jours de patients, que je ne m'y retrouvais pas du tout [d'un point de vue continuité et possibilité de suivi des patients] et mon témoignage en plus de celui des autres, ont peut-être permis de faire changer un peu les choses : on est passé à la sectorisation.</p> <p><i>À propos du patient qui est décédé durant la visite à domicile :</i> Si j'avais été mal, j'aurais pu faire une demande pour voir quelqu'un.</p>

LA COLLABORATION	Relation IDE/Médecin	Ressenti général	<p>Ça dépend des médecins</p> <p>Certains qui sont vraiment adorables Certains médecins qui vont être un peu plus piquants</p>	<p>Ça se passe globalement bien</p> <p>On est dans l'entraide.</p> <p>Il y a une bonne mentalité sur la prise en charge et la collaboration pluridisciplinaire.</p>	<p>Dans l'ensemble ça se passait plutôt bien. On était plutôt bien reçue.</p> <p>C'était un peu malaisant, les avoir au téléphone pendant un an et ne pas savoir qui ils sont physiquement, je trouvais ça très gênant.</p> <p>Il y a des approches de médecins qui sont plus agréables que d'autres. C'est variable en fonction des personnalités.</p> <p>Quelqu'un qui est un peu speed et qui peut s'agacer vite, ça va être contre-productif de toute façon.</p>
		Rapport hiérarchique	<p>C'est lui le doc hein ! il a le dernier mot</p>	<p>Il y a cette hiérarchisation du médecin par rapport à l'infirmier.</p> <p>Chez certains médecins ça va très bien le faire, ils vont se mettre à notre échelle, d'autres vont jouer de cette échelle un peu plus haute dans la hiérarchisation.</p>	

LA COLLABORATION				<p>Ils nous ont dit ce qu'il faut faire, et nous on agit.</p> <p>Les médecins sont plus haut placés que nous hiérarchiquement</p>	
	Communication des transmissions avec le médecin	Raisons d'appel	<p>On appelle pour tout ce qui concerne les changements de l'état de santé des patients, et qui plus est dès qu'on sait qu'il va nous falloir une nouvelle prescription.</p> <p>Le médecin traitant, dans le cadre des soins palliatifs, on l'appelle... jamais ou quasiment jamais.</p> <p>Par contre, il peut être appelé dans le cadre de de tous les autres projets de soin</p> <p>Pour gérer son traitement habituel</p>	<p>[La première question que je me pose c'est] est-ce que je peux intervenir sans avoir à appeler pour l'instant le médecin ?</p> <p>C'est compliqué par ce qu'on sait qu'il faut prendre les bonnes décisions mais on sait aussi qu'il ne faut pas trop appeler le médecin en plus, quand il n'y a pas forcément besoin de l'appeler... Ça peut vite être stressant.</p> <p>Concernant les indications des prescriptions anticipées : c'est clair, c'est de plus en plus aiguillé pour qu'on ait de moins en moins à appeler les prescripteurs.</p> <p>La nuit : Il y a des protocoles qui avaient été fait justement pour qu'on</p>	<p>Je t'avoue que j'avais quand même une appréhension à appeler. Parce que je n'aime pas déranger. Ils ont une grosse pression avec énormément d'appels. Parfois ils sont complètement saturés, oui ce n'est pas simple pour eux non plus.</p> <p>[Suite à un jugement clinique ayant abouti à ne pas appeler sur le moment] : Depuis lors je me dis : "Tu as un doute, tu appelles quand même" C'est une leçon. "Toujours, appeler plus que pas assez", au moindre doute bien sûr, pas inutilement.</p>

LA COLLABORATION	Communication des transmissions avec le médecin			<p>ait moins à avoir à appeler les médecins. Donc, on appelait les médecins vraiment qu'en cas d'urgence</p> <p>Ils prévoient des rescriptions anticipées justement pour qu'on n'ait pas non plus tout le temps à les appeler, pour par exemple : la moindre hyperthermie, un encombrement léger, haut...</p>	
		Méthodes utilisées			J'essayais d'aller vite mais je voulais que tout soit cadré avant l'appel.
		Standardisation des observations	Je ne suis pas forcément de plan non, rien de prédéfini	<p>Je lui dresse notre tableau clinique</p> <p>Je lui ai décrit la situation</p>	<p>J'essayais de suivre une organisation, un plan : de qui on parle, qu'est-ce qu'il a comme pathologie, qu'est-ce qu'il prend...</p> <p>Au début non, je ne faisais pas vraiment ça mais après je m'y suis mise parce qu'ils posent des questions... j'essayais de bien calibrer pour que l'appel porte ses fruits.</p>
		Résultats obtenus	Je pense qu'on s'est toujours compris, je n'ai pas eu trop de soucis particuliers pour les comprendre et moi pour me faire comprendre, on	Dans les ¾ des cas le médecin nous fait quand même complètement confiance	<p>Dans l'ensemble ça se passait plutôt bien, on était bien reçue.</p> <p>Parfois, s'il y a une incompréhension, il ne</p>

<p style="text-align: center;">LA COLLABORATION</p>	<p style="text-align: center;">Communication des transmissions avec le médecin</p>	<p style="text-align: center;">Résultats obtenus</p>	<p>a toujours réussi à trouver une solution.</p>	<p>Certains des médecins sont demandeurs de la conclusion de notre analyse : « Qu'est-ce que nous, on ferait sur cette situation-là ? »</p> <p>Le médecin va te faire énormément confiance puisque c'est toi qui vois la patiente, qui l'a en face de toi.</p> <p>On va faire un point avec le médecin</p> <p>Les médecins nous aiguillent et qui nous ont dit ce qu'il faut faire, et nous on agit.</p> <p>On a décidé d'aspirer la patiente</p> <p>On savait que la patiente n'allait peut-être pas sortir vivante de ce moment-là, alors on a fait au maximum pour du palliatif, au maximum de pour le confort, pour la soulager.</p> <p>On arrive à trouver ensemble, toutes les solutions possibles.</p>	<p>faut pas laisser le doute. Mais dans l'ensemble, ça s'est plutôt bien passé</p> <p>Dans l'ensemble j'ai eu l'impression de toujours pouvoir exprimer mon analyse, d'avoir pu la transmettre, qu'elle a été écoutée</p>
--	--	--	--	---	---

LA COLLABORATION				<p>Prescription de perfuser alors que le patient est agité : « Pourquoi ne pas trouver une alternative justement avec un traitement perOs ? » ? », moi j'étais pour qu'on arrête de l'embêter et pour réévaluer ça plutôt demain quand il sera plus apaisé.</p>	
	Freins et leviers de la relation de confiance et de collaboration	Disponibilité	<p>Sont d'astreinte téléphonique et que tu peux appeler jour, nuit, week-end.</p> <p>Je pense qu'on collabore mieux qu'à l'hôpital</p> <p>Toujours un médecin de bureau qui est disponible pour nous répondre en cas de problème</p> <p>Facilement joignables</p> <p>Je trouve qu'ils sont plus disponibles que dans un service plus classique</p>	<p>C'est compliqué par ce qu'on sait qu'il faut prendre les bonnes décisions mais on sait aussi qu'il ne faut pas trop appeler le médecin en plus, quand il n'y a pas forcément besoin de l'appeler...</p> <p>Durant toute cette situation, le médecin est resté très joignable.</p> <p>Ils ont des dizaines et des dizaines d'appels.</p>	<p>Je t'avoue que j'avais quand même une appréhension à appeler. Parce que je n'aime pas déranger. Ils ont une grosse pression avec énormément d'appels. Parfois ils sont complètement saturés, oui ce n'est pas simple pour eux non plus.</p> <p>J'essayais vraiment de bien calibrer avant l'appel pour que ça porte ses fruits.</p> <p>Pour qu'on se comprenne bien et qu'on ne perde pas de temps.</p> <p>Ni eux ni moi, ni le patient.</p>
		Connaissance mutuelle	<p>Maintenant que j'ai fait donc : chevet puis coordination</p>	<p>On était peut-être plus dans l'entraide avant parce qu'on se</p>	<p>En liaison j'ai pu enfin mettre des visages sur les noms.</p>

<p style="text-align: center;">LA COLLABORATION</p>	<p>Freins et leviers de la relation de confiance et de collaboration</p>	<p>Connaissance mutuelle</p>	<p>En fait ça a évolué, maintenant je les connais</p>	<p>connaissait plus, on se connaissait tous.</p> <p>Maintenant c'est compliqué, on doit être une centaine d'IDE et eux sont 8 ou 9 médecins. Mais on ne les connaît que par téléphone, tout se fait en distanciel.</p> <p>Être plus proche physiquement de nos médecins, les voir plus souvent, qu'ils viennent nous voir plus souvent en bas [étage des IDE de chevet, du bureau de soin...]. Nouer une relation, parler de tout et de rien, enfin renforcer la cohésion pour renforcer cette collaboration.</p> <p>Donner et recevoir des ordres par téléphone à ou de quelqu'un qu'on ne connaît pas... on ne sait pas forcément à quoi il ressemble... je trouve ça quand même très abstrait.</p> <p>Pourquoi pas faire des Visio.</p>	<p>Il devrait y avoir une présentation assez régulière des médecins, pouvoir les rencontrer physiquement. Après on est tellement nombreux qu'ils ne peuvent pas tous nous connaître personnellement.</p> <p>Créer une relation en réelle et professionnelle, ça aiderait à la relation de travail.</p>
--	--	------------------------------	---	--	--

LA COLLABORATION	Freins et leviers de la relation de confiance et de collaboration			Il y a bien des soirées de cohésion organisées par la direction, on essaye quand même de tous plus ou moins se mélanger mais ça reste un peu sectorisé : les chevets avec les chevets, les référentes entre elles, les médecins entre eux.	
		Respect/reconnaissance mutuelle	Ton point de vue a-t-il été écouté/entendu ? Complètement !	<p>On arrive à se comprendre, on arrive de plus en plus à dire des choses, à se faire respecter dans nos évaluations et nos décisions, dans ce qu'on peut apporter.</p> <p>On a le patient en face de nous alors qu'ils sont vraiment au bout du fil.</p> <p>Le médecin va faire énormément confiance à toi qui vois la patiente, qui l'a en face de toi.</p> <p>Moi-même, au bout d'un an, je ne me sens pas encore légitime</p>	<p>Ils ont une grosse pression avec énormément d'appels. Parfois ils sont complètement saturés, oui ce n'est pas simple pour eux non plus.</p> <p>Il ne faut pas se laisser faire non plus.</p>
		Partage d'expériences/de situations réelles		Qu'ils viennent nous voir sur le chevet.	Au début non, je ne faisais pas vraiment ça [suivre un plan pour mes transmissions par

LA COLLABORATION	Freins et leviers de la relation de confiance et de collaboration			<p>Faire des suivis IDE/médecin, y aller en binôme, comme ça au moins on peut se rencontrer et eux aussi ça leur permettrait de connaître les infirmiers et voir ce qu'on fait au domicile</p>	<p>téléphone] mais après je m'y suis mise parce qu'ils posent des questions... j'essayais de bien calibrer pour que l'appel porte ses fruits.</p> <p>La grosse difficulté à l'HAD, c'est que les médecins ne se dépassent jamais voir les patients à leur domicile.</p> <p>Il faudrait des visites en binôme avec les médecins et les infirmiers de chevet.</p>
		Fiabilité/Légitimité	<p>Médecins ils ont des spécialités ? certains passent des DU soin palliatif ou réadaptation par exemple</p> <p>Est-ce qu'on va faire appel à leur expertise ? leur spécialité ? non, ça ne m'est jamais arrivé, ils sont sectorisés et s'occupent des patients de leur secteur, quel que soit leur projet de soin</p> <p>Toujours un médecin de bureau qui est disponible pour nous répondre en cas de problème</p> <p>Mais j'étais là, entre le patient qui avait peur et</p>	<p>La nuit : on n'est pas toujours en forme parce qu'on vient de se réveiller, le médecin c'est pareil.</p> <p>Le médecin venait d'arriver à l'HAD, il ne voulait pas prendre cette décision de mettre en pause les PCA jusqu'au lendemain.</p> <p>Le médecin va te faire énormément confiance puisque c'est toi qui vois la patiente, qui l'a en face de toi. Et on est responsable vis-à-vis de ça.</p>	<p>Je me souviens d'un médecin, il venait d'arriver dans la structure, ce n'était pas simple au début, il ne prenait pas forcément toujours les bonnes décisions, enfin selon moi. Il a dû se faire "la main HAD". Mais c'est comme tout le monde, petit à petit il affine et il progresse. Il faut un temps d'adaptation</p>

LA COLLABORATION	Freins et leviers de la relation de confiance et de collaboration		cette réflexion de soins palliatifs du côté du médecin... ce n'était pas évident et le médecin, même si c'était par téléphone, m'a aidé à trouver les mots pour aborder les choses		
		Vulnérabilité	<p>Mais j'étais là, entre le patient qui avait peur et cette réflexion de soins palliatifs du côté du médecin... ce n'était pas évident et le médecin, même si c'était par téléphone, m'a aidé à trouver les mots pour aborder les choses</p> <p>Le médecin a pu un petit peu me soutenir moi aussi</p>	Moi-même, au bout d'un an, je ne me sens pas encore légitime	<p><i>[Remet en cause ses propres capacités, ses jugements, perçoit les raisons, les vulnérabilités qui pourraient expliquer les comportements des médecins]</i></p> <p>Je me suis senti submergé</p> <p>J'ai été dépassée</p> <p>J'avais sûrement fait une erreur, il y avait quelque chose que je n'avais pas dû voir...</p> <p>Il ne faut pas se laisser faire non plus.</p>
		Empathie	<p>D'autres médecins vont quand même être beaucoup plus abordables, qui vont comprendre,</p> <p>On peut appeler celui qui est sur l'autre secteur</p>	On savait que la patiente n'allait peut-être pas sortir vivante de ce moment-là, alors on a fait au maximum pour du palliatif, au maximum de pour le confort, pour la soulager.	<p>[À propos d'un médecin venant d'arriver en HAD] : c'est comme tout le monde, petit à petit il affine et il progresse. Il faut un temps d'adaptation.</p>

LA COLLABORATION	Freins et leviers de la relation de confiance et de collaboration			De l'IDE vis-à-vis du médecin : Quand ils sont d'astreinte, ils font comme nous : ils dorment en se tenant prêt à intervenir s'ils sont appelés. Quand on les appelle il faut quand même leur laisser le temps d'émerger.	
		Résolution constructive des « problèmes ou désaccords »	<p>« Bah comment ça, tu n'en as pas ?! ce n'est pas possible !" »</p> <p>Il n'y en a pas, on va faire autrement", "on va essayer de mettre les PCA en place plus vite..."</p> <p>Parfois il faut aiguiller un peu</p> <p>Sauf qu'au bout d'un moment en fait ces injections ponctuelles ne fonctionnaient plus. Est-ce qu'on ne pourrait pas mettre une PSE [de diurétiques] ?</p> <p>Parfois ça arrive qu'on aiguille... il accepte ou pas</p>	<p>Prescription de perfuser alors que le patient est agité : « Pourquoi ne pas trouver une alternative justement avec un traitement perOs ? » moi j'étais pour qu'on arrête de l'embêter et pour réévaluer ça plutôt demain quand il sera plus apaisé.</p> <p>Il n'y a aucun intérêt et chacun de mes passages et tentatives de reperfuser augmentent l'agitation et l'inconfort de ce patient.</p> <p>Le médecin a bien voulu se décider à mettre le traitement ne PerOs.</p>	<p>Parfois on peut s'étonner des décisions qui sont prises par les médecins</p> <p><i>[À propos d'une évaluation anticipée réalisée seule par l'IDE de liaison] :</i> Le personnel infirmier du service où était le patient me donne un énorme dossier. Moi je ne suis pas médecin non plus, et je n'avais pas le temps de me pencher sur tout le dossier. <u>Je me suis sentie un peu submergée, j'avoue.</u></p> <p>J'ai conclu que le patient rentrait dans les critères d'admission, le médecin a validé les choses.</p>

<p style="text-align: center;">LA COLLABORATION</p>		<p>Résolution constructive des « problèmes ou désaccords »</p>		<p>Des fois, on n'est pas forcément totalement accord avec ça, mais après on a pas le choix, on doit d'écouter nos prescriptions médicales et les avis médicaux même si ça ne nous paraît pas toujours complètement cohérent.</p> <p>On sait que le médecin venait de se réveiller... on en reparle le lendemain, on voit ça avec lui... on le rappelle, on lui envoie un message et puis après en revoyant la situation ensemble... on comprend mieux le pourquoi du comment l'un et l'autre.</p>	<p>Mais après coup, après que le médecin ait étudié le dossier, elle m'a dit « ça ne va pas, ce n'est pas la bonne antibiothérapie que reçoit ce patient...il faut vite lui mettre un picline...».</p> <p>Elle a commencé à s'agacer, bon... c'était sa façon d'être mais ce n'était pas agréable.</p> <p>J'étais un peu surprise, il venait de sortir de l'hôpital.</p> <p>Moi j'avais l'impression d'avoir vraiment mal fait mon taf, c'était affreux, je ne sentais pas bien.</p> <p>Je me suis dit que j'étais passée à coup de quelque chose peut-être ? Surement oui.</p> <p>Je ne l'ai vraiment pas bien vécu.</p> <p>Le lendemain elle est venue s'excuser mais enfin ce n'était pas agréable du tout.</p> <p>Et puis je me suis demandé si c'était vraiment la bonne solution dans ce contexte, l'âge du patient, le picline... Est-ce qu'il n'y avait pas un</p>
---	--	--	--	--	--

LA COLLABORATION	Freins et leviers de la relation de confiance et de collaboration	Autre : Implication de l'IDE dans la bonne entente des équipes au vu des difficultés de recrutements des équipes médicales.			peu d'obstination déraisonnable ? ...
	Notion de responsabilité partagée		Aux transmissions tous les midis il n'y a pas de médecin par contre. Mais ça viendra je pense	Certains des médecins sont demandeurs de la conclusion de notre analyse : « Qu'est-ce que nous, on ferait sur cette situation-là ? » On sait qu'il faut prendre les bonnes décisions mais on sait aussi qu'il ne faut pas trop appeler le médecin en plus, quand il n'y a pas forcément besoin de l'appeler... Concernant les indications des prescriptions anticipées : c'est clair, c'est de plus en plus aiguillé pour qu'on ait de moins	À l'HAD, on sait qu'il n'y a pas beaucoup de médecins qui postulent. [Donc on essaie de ménager ceux qui sont là]. [Si jamais il y a un « vrai » désaccord] on ne le dit pas trop, ou diplomatiquement. On peut en discuter avec notre cadre mais ça reste exceptionnel. On doit relayer les informations, on doit bien relayer, les bonnes informations, sinon le médecin il ne peut pas bien prendre en charge les patients. C'est un peu 50/50 La grosse difficulté à l'HAD, c'est que les médecins ne se dépassent jamais voir les patients à leur domicile. Ici tout se fait par téléphone, c'est dire LA place de l'infirmière au sein de l'HAD toute la responsabilité qu'elle a et l'importance de sa façon d'apprécier les choses.

<p style="text-align: center;">LA COLLABORATION</p>	<p>Notion de responsabilité partagée</p>		<p>en moins à appeler les prescripteurs.</p> <p>C'est vraiment toi qui l'aiguilles un maximum aussi, pour qu'il te prescrive certains thérapeutiques.</p> <p>En tant qu'infirmiers : Responsabilité de faire les meilleurs soins, de donner les bonnes informations, de vraiment faire notre surveillance clinique le mieux possible pour pouvoir rapporter les bonnes informations au médecin qui lui est obligé de nous faire confiance parce qu'il n'a pas trop d'autre choix possible à distance. Donc on est responsable envers tout ça et envers lui.</p> <p>Le médecin lui, a la responsabilité de prescrire les bons traitements, les examens, les conduites à tenir...</p> <p>S'il y a une mauvaise analyse clinique de notre part, le médecin</p>	
--	--	--	---	--

LA COLLABORATION			<p>aura une mauvaise appréciation de la situation, son jugement sera erroné, il prescrira les mauvais traitements...</p> <p>Et ensemble, on a la responsabilité commune de bien prendre en charge le patient</p> <p>il y a une part de responsabilité partagée importante</p>	
	Pistes et ouvertures et craintes évoquées		<p>J'adore la HAD, mais je pense qu'au fur et à mesure de grimper [croître] comme ça, ça ne va pas trop me plaire, ça va quand même commencer à faire très industriel, la qualité des soins risque de diminuer.</p> <p>Il faut continuer à embaucher des soignants, s'ils n'embauchent pas 2 fois plus, on va devoir travailler 2 fois plus vite.</p>	<p>L'UPHAD : l'IDE va directement avec le médecin. Ils font le point ensemble et il y a tout dans le camion pour techniquer la personne dans la foulée. Ils sont dans la réactivité. Mais il faut imaginer tout ce que ça demande en amont, toute la préparation, c'est une grosse pression.</p> <p>Ma crainte c'est de voir l'évolution de ce type de structure. D'accord grossir, grossir... Mais bon le risque, c'est d'arriver dans quelque chose d'un peu « inhumain »</p>

