



HAL
open science

**Vécu des infirmier(e)s diplômé(e)s d'État travaillant
dans des établissements d'hébergements pour personnes
âgées dépendantes et leur collaboration avec le médecin
généraliste**

Maud Lavabre

► **To cite this version:**

Maud Lavabre. Vécu des infirmier(e)s diplômé(e)s d'État travaillant dans des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes et leur collaboration avec le médecin généraliste. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03552925

HAL Id: dumas-03552925

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03552925v1>

Submitted on 2 Feb 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



N°

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

LAVABRE Maud, Christiane, Florence

Présentée et soutenue publiquement le 11 Mai 2021

VÉCU DES INFIRMIÈR(E)S DIPLOMÉ(E)S D'ÉTAT TRAVAILLANT
DANS DES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENTS POUR
PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES ET LEUR COLLABORATION
AVEC LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Directeur de thèse : Monsieur TESSIERES Frédéric, Maître de conférence associé, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur Vorilhon Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

-Professeur Dutheil Frédéric, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

-Madame MORAND Marine, Docteur en médecine générale

-Monsieur DADET Sylvain, Docteur en médecine générale DESC
Gériatrie, Centre Hospitalier de Brioude



N°

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

LAVABRE Maud, Christiane, Florence

Présentée et soutenue publiquement le 11 Mai 2021

VÉCU DES INFIRMIÈR(E)S DIPLOMÉ(E)S D'ÉTAT TRAVAILLANT
DANS DES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENTS POUR
PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES ET LEUR COLLABORATION
AVEC LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Directeur de thèse : Monsieur TESSIERES Frédéric, Maître de conférence associé, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur Vorilhon Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

- Professeur Dutheil Frédéric, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand
- Madame MORAND Marine, Docteur en médecine générale
- Monsieur DADET Sylvain, Docteur en médecine générale DESC Gériatrie, Centre Hospitalier de Brioude



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **FOGLI** Anne
: **HENRARD** Pierre
: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOUX Alain - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes

M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne

1ère CLASSE

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-physiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2ème CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
------------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction

2ème CLASSE

M.	JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M.	COLL Guillaume	Neurochirurgie
M.	GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M.	LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M.	MOUSTAFA Farès	Médecine d’Urgence

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
DE MEDECINE GENERALE**

1ère CLASSE

Mme	VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----	-------------------------	-------------------

2ème CLASSE

Mme	LAPORTE Catherine	Médecine Générale
-----	-------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M.	BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme	VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M.	BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle	AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mle	GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M.	BIDET Yannick	Oncogénétique
M.	DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M.	PIZON Frank	Santé Publique
M.	SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l’Image
M.	LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie

Mme MARTEIL Gaëlle
M. PINEL Alexandre

Biologie de la Reproduction
Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre
Mme ESCHALIER Bénédicte
Mme RICHARD Amélie
M. TESSIERES Frédéric
Mme ROUGE Laure

Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale

Remerciements :

Au Professeur Philippe Vorilhon, Vous me faites l'honneur de présider mon jury, merci pour votre disponibilité et votre accueil lors de mon stage de SASPAS à Lempdes-sur-Allagnon

Au Professeur Frédéric Dutheil : Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et d'apporter votre expertise à ce travail.

Au Dr Frédéric Tessières : Merci pour tes encouragements et ta bienveillance à chaque étapes de ce travail ainsi que lors de mon stage de SASPAS.

Au Dr Dadet : Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, merci aussi pour ta patience et ta confiance lors de mon passage en stage en court séjour gériatrique.

Au Dr Morand : Merci de faire partie de ce jury, votre avis sur ce travail m'importe beaucoup. Je vous remercie également pour vos conseils et votre sympathie lors des tutorats et des Geasp à la faculté.

Au Dr Labrosse, au Dr Romanet et à toute l'équipe de l'EHPAD de Nazareth du Puy en Velay : pour leur accueil et l'inspiration pour ce sujet de thèse

Aux infirmiers et infirmières qui ont acceptés de participer à l'études, Merci pour votre disponibilité et la qualité de nos entretiens.

A mes parents : Pour les valeurs transmises de rigueur et de persévérance, un merci particulier à ma maman pour sa relecture et pour les heures de soutien passées au téléphone durant mon cursus.

A Quentin : Pour tous les merveilleux moments passés et à venir, merci de m'accompagner chaque jour.

A mes amis en particulier mes Copains du Nord et Juliette sans lesquels je ne serais pas la personne que je suis aujourd'hui, j'espère continuer à mériter longtemps votre amitié.

A mes deux sœurs et mes cousins : vous êtes tous pour moi des exemples de réussites tant sur le plan professionnel que personnel merci de continuer à me montrer chaque jour l'importance de ce lien familial qui nous unis.

A ma future belle famille : Merci pour votre accueil si chaleureux clin d'œil spécial à Amélie pour les conseils et outils qui m'ont bien aidé dans ce travail.

A l'A.C.E.M., au S.A.R.H.A., à l'équipe de Running de la citadelle de Lille (Keep n' get fit, Monday crassage et les autres) Merci à tous ceux qui s'investissent et se sont investis dans ces associations et m'ont permis de connaître des moments de détente et de bonheur.

Abréviations :

- ANESM..... Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
- IDE..... Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
- EHPAD.....Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendante
- SAMU Service d'Aide Médicale Urgente
- HAD.....Hospitalisation À domicile
- RCP.....Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
- MSP..... Maison de Santé Pluridisciplinaire
- DREES.....Direction de la Recherche, des Études de l'Évaluation et des statistiques
- NMR Nouveau Mode de Rémunération
- CNGE Collège National des Généralistes Enseignants

Table des matières

Introduction	14
Matériel et méthode.....	15
1/ Elaboration du guide d'entretien	15
2/ Déroulement des entretiens.....	15
3/ Caractéristique de l'échantillon :	16
Tableau 1.....	17
Résultats	18
1/ Ce qui est difficilement acceptable pour les infirmiers diplômés d'états	19
1.1 Le travail fait dans la précipitation	19
1.2 Le manque de disponibilité téléphonique	20
1.3 Les prescriptions orales	20
1.4 L'absence d'organisation des médecins traitants	21
1.5 Les médecins qui délèguent au SAMU	22
2/ Les apports respectifs de l'un à l'autre	23
2.1 Apport de l'infirmier au médecin	23-24
2.2 Apport du médecin à l'infirmier	25
3/ Considération globale.....	26
3.1 Une relation de confiance	26
3.2 Le tabou de la position hiérarchique médecin infirmier	27
4/ La gestion du désaccord.....	28
5/ Le surplus de responsabilité lié à la solitude de l'infirmier.....	29
6/ Pistes pour améliorer les relations et la prise en charge des patients	30
Discussion	31
1/Les points forts et les points faibles de l'étude	31
2 / La relation médecin infirmier, une relation de confiance basée sur la communication	32
3 / La réunion de concertation pluridisciplinaire, un outil susceptible de faciliter la communication	33
4 / Sommes nous prêts à l'inter-professionnalisme	33
5/ La solitude de l'infirmier en EHPAD et l'absence de médecin coordonnateur	34
6/ L'aide de la technologie dans les rapports médecins-infirmiers	35
Conclusion	36-37
Références bibliographiques	38-39
Annexe 1 : La grille d'entretien	40
Annexe 2 : Exemple de verbatim	41-43
Serment d'Hippocrate	44-45

Introduction :

En 2012 l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) publiait le quatrième volet de ses recommandations concernant les bonnes pratiques visant à améliorer la qualité de vie des seniors dans les établissements pour personnes âgées dépendantes.

Le projet de soins personnalisé, au cœur de ses recommandations, rappelait que la qualité de vie de la personne âgée devait être considérée comme une priorité. Pour cela une coordination des soins avec le médecin traitant était présentée comme nécessaire, permettant à la fois d'anticiper les décisions médicales pour le résident, de prévenir les risques liés à leur poly-pathologie des résidents et évidemment de prodiguer les meilleurs soins possible.(1)

Cependant le médecin généraliste n'est pas le seul à prendre soin de la personne âgée, les compétences de l'infirmière, pilier de la prise en charge dans ce type d'établissement, sont également indispensables tout autant que celles de l'équipe soignante.

Il a été démontré que les équipes où l'on observe la meilleure synergie entre médecins et non médecins sont celles qui obtiennent les meilleurs résultats et la plus grande satisfaction du patient. (2)

Durant les stages en cabinet de médecine générale nous avons la chance, en tant qu'interne, de découvrir le travail en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Les infirmier(e)s permettent (en particulier en ces temps de pandémie) de faire le lien entre ce qui se passe à l'intérieur de l'EHPAD et notre cabinet, ils nous sont donc souvent d'une grande aide.

Il est reconnu que le modèle interdisciplinaire et la communication active entre les soignants, réduit non seulement le risque d'erreur mais également diminue l'épuisement au travail (burn out) des équipes soignantes. (3)

La qualité des relations entre les soignants (médecins et infirmiers) est donc un des enjeux de l'évolution de la médecine libérale pour une pratique interdisciplinaire dans les établissements pour personnes âgées dépendantes. On peut alors se demander comment améliorer ces relations ?

Nos objectifs principaux étaient d'analyser les impressions des infirmier(e)s et de comprendre leurs attentes afin d'envisager des perspectives d'améliorations

Matériels et Méthodes :

Ce travail est une étude qualitative descriptive basée sur le vécu des infirmiers et fait à partir d'entretiens semi dirigés. Il s'agit d'une méthode de collecte de données informatives permettant de favoriser l'émergence d'une parole libre.

Durant les entretiens, différentes questions ont été posées tout en laissant à l'interrogé(e) la possibilité de raconter ou d'ajouter des anecdotes. Cela pouvait alors mettre en avant certains éléments qui auraient été occulté par un entretien trop directif.

Au vu du contexte pandémique plusieurs entretiens ont été effectués par visio-conférence. Ce type d'entretiens permettait non seulement d'éviter les rencontres mais nous avons également l'impression que l'interviewé(e) dans son environnement était plus à l'aise et se livrait plus facilement.

1/ Elaboration du guide d'entretien :

Nous avons élaboré une grille d'entretien où sont abordés différents thèmes comprenant chacun plusieurs questions. Cette grille a été construite sur la base de travaux de thèse de précédents internes qui avaient effectué ce type de travail dans le milieu libéral ou hospitalier.

Après l'entretien des trois premières infirmières, Nous avons réadapté la grille afin qu'elle corresponde mieux à la problématique posée.

2 / Déroulement des entretiens

Quatorze infirmiers et infirmières travaillant en EHPAD en Auvergne ont été interrogé(e)s durant la période janvier 2020 à février 2021. Six entretiens ont été effectués en présentiel. Sept entretiens se sont déroulés via visio-conférence : par l'intermédiaire du logiciel Zoom ou Whatsapp. Un entretien s'est malheureusement déroulé par téléphone en raison d'un manque de réseau ce qui a diminué l'attention de la personne interrogée.

Les entretiens ont été enregistrés avec un magnétophone après l'accord des participant(e)s en précisant bien le caractère anonyme afin de libérer la parole. Chaque entretien durait en moyenne 20min.

3/ Caractéristique de l'échantillon :

Nous avons choisi d'interroger seulement les infirmières en exercice, intérimaires ou en contrat fixe, travaillant dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Les infirmiers étaient âgés de 24 à 59 ans, travaillant dans des EHPAD en milieu rural, semi rural ou urbains.(Tableau 1)

Ces établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) étaient tous situés en Auvergne dans trois départements différents (Cantal, Haute Loire et Puy de Dôme).

Le recrutement s'est fait par des appels téléphoniques aux postes infirmiers des établissements d'hébergement pour personnes âgées, l'envoi de mail aux infirmières cadres de santé des établissements ainsi que par « bouche à oreille » avec des infirmiers déjà interrogés.

Tableau 1

/	Sexe	Age (années)	Situation familiale	Lieu de l'EHPAD	Expérience professionnelle antérieure	Proche médecin
IDE 1	Femme	35	Mariées 3 enfants	Urbain	Chirurgie ORL, digestive, urgences, psychiatrique	Ses deux parents
IDE 2	Femme	25	En couple sans enfant	Urbain	EHPAD	Aucun
IDE 3	Femme	59	Mariée 2 enfants	Semi rural	28 ans en hospitalier puis EHPAD	Un ami proche
IDE 4	Homme	27	En couple sans enfant	Urbain	EHPAD	Aucun
IDE 5	Femme	40	En couple 2 enfants	Rural	EHPAD	Aucun
IDE 6	Homme	39	Marié 2 enfants	Urbain	Libéral	2 amis+ Belle sœur
IDE 7	Femme	57	Divorcée 3 enfants	Rural	Réanimation, chirurgie	Plusieurs amis
IDE 8	Femme	38	En couple sans enfant	Rural et Urbains	Chirurgie orthopédique	Aucun
IDE 9	Femme	49	Mariée 3 enfants	Semi Rural	Foyer de personnes handicapées	Aucun
IDE 10	Femme	24	Marié sans enfant	Semi rural	stage divers hospitalier puis EHPAD	Aucun
IDE 11	Femme	47	En couple sans enfant	Rural	Gérontopsychiatrie , EHPAD, Long Séjour hospital local	Un cousin
IDE 12	Femme	46	En couple 2 enfants	Rural	Service de médecin, urgences et 20 ans en EHPAD	Aucun
IDE 13	Femme	35	Marié 2 enfants	Semi rural	service de psychiatrie, EHPAD	Aucun
IDE 14	Femme	45	En couple 2 enfants	Rural	EHPAD, structure pour traumatisée crânien	Aucun

Résultats

1/ Ce qui est difficilement acceptable pour les infirmiers diplômés d'état:

1.1 Le travail fait dans la précipitation :

Dans une étude sur la diminution de la souffrance au travail et l'interdisciplinarité les auteurs soulignaient le fait que le travail de mauvaise qualité était un des facteurs favorisant le burn out des infirmières (3).

Lors de notre travail nous avons également relevé que le temps passé dans les EHPAD était jugé souvent trop bref par les IDE leur laissant parfois un sentiment de travail non achevé. *« ils ont énormément de patient et très peu de temps à nous consacrer donc on s'aperçoit que la prise en charge n'est pas toujours très très bonne » IDE 5*

Certain(e)s éprouvaient le besoin de rassurer les patients après notre rapide passage afin de leur donner des explications complémentaires *« Le passage est souvent très rapide du coup les patients connaissent moins leur médecin et en fait ils sont angoissés quand ils ne connaissent pas et du coup ils se tournent vers nous. » IDE1*

Certain(e)s IDE déploraient le manque de communication de certains médecins, ce qui impliquait ensuite une perte de temps pour l'infirmière qui devait comprendre ce que le médecin avait décidé avant de l'appliquer et parfois même le rappeler : *« il y a des médecins qui passent et qui ne me signalent pas qu'ils sont là donc je ne les voit pas et ça c'est dommage » « il y en a qui passe et je ne sait pas ce qu'il s'est passé donc je trouve les ordonnances je vois des modifications, mais des fois je suis obligée de rappeler » IDE 3*

Une IDE m'indiquait, durant l'entretien, avoir du mal à accepter le fait que le médecin facture des consultations de patient qu'il n'avait pas vu physiquement. *« On en a un vous posez une question c'est 25 euros même si la personne n'est pas vue ». IDE 7 en parlant d'un médecin traitant intervenant dans son EHPAD.*

Les infirmiers interrogés comprenaient toutefois pour la plupart le manque de temps des généralistes *« c'est pas possible pour eux de venir de suite parce qu'on sait très bien que quand ils mettent un rendez vous d'urgence pour l'EHPAD ça leur bloque deux plages d'urgences. » IDE 2*

1.2 Le manque de disponibilité téléphonique :

Une thèse faite en 2018 par le Dr Seigle sur la communication entre médecin généraliste et infirmiers libéraux retrouvait que l'appel téléphonique était le vecteur de communication le plus utilisé. (4)

Le fait de joindre un médecin pour un conseil ou pour communiquer un résultat biologique était quelque-chose qui paraissait compliqué pour tout(e)s les interrogé(e)s, ceci induisait en effet une charge mentale supplémentaire à l'infirmière et parfois une perte de temps passé au téléphone : *« c'est pas toujours évident de les joindre c'est ça surtout et ça me prend du temps » IDE 3*

« Il a fallu que je l'appelle je crois plus de quatre fois... mais c'est pas grave je l'appelle moi c'est mon rôle et si il répond pas je rappelle. » IDE7 en parlant d'un appel passé au médecin suite à un bilan perturbé

Cependant si ces difficultés de communication téléphonique entre médecin et infirmiers apparaissaient comme réelles, ces derniers n'appréhendaient pas particulièrement le fait de joindre un médecin. Les interrogés craignaient toutefois le fait de « déranger pour rien » : *« on ne sait pas la limite de ce qui est important pour le médecin ou pas , j'ai l'impression qu'on les dérange pour rien alors que je pense que ce n'est pas le cas » IDE 14*

Plusieurs infirmières soulignaient l'adaptation des médecins et l'utilisation d'autres moyens de communication comme le fax, les E-mail ou encore les Sms. Cela rendait les prises en charges plus claires en diminuant l'anxiété chacun prenant le temps de formuler son idée plus sereinement par écrit *« on travaille avec beaucoup de médecins avec qui on a établi une relation par mail et c'est plus facile. Eux nous répondent au moment où ils sont disponibles, donc nous on ne se sent pas mal de les déranger et eux n'expédient pas le truc en disant « j'ai pas le temps j'ai mes consultations » » IDE 2*

Parfois ces nouveaux modes de communication notamment par smartphone étaient source de dérives dont les infirmiers avaient conscience, ceux-ci étant partagés entre le fait de se couvrir légalement et le fait de déranger le médecin à son domicile en dehors de ses heures de travail.

« Des fois on leur envoie des messages même quand ils ne bossent pas parce qu'il y a un bon feeling et je pense que ça peut être, fin j'en suis sûr même que ça peut être agaçant» IDE4

La présence d'un secrétariat était considéré par la plupart des IDE comme un avantage sur le plan communicationnel « *la seule difficulté qu'on a c'est qu'avant il y avait des secrétaires et maintenant il n'y en a plus donc c'est un peu plus difficile pour les joindre* » IDE 9

1.3 Les prescriptions orales :

Les prescriptions orales étaient relativement fréquentes dans tous les EHPAD où travaillaient nos interrogé(e)s ce qui semblait les mettre en porte à faux entre leur apprentissage en école et la nécessité d'administrer un traitement à leur patient pour l'aider : « *si on n'a pas cette trace écrite on n'est pas sensé faire alors après on le fait parce qu'on ne peut pas ne pas faire autrement* » « *ce petit décalage qu'on a entre la prescription écrite et la prescription orale nous ça peut nous mettre en difficulté.* » IDE 6

En effet l'article R-4311-7 du code de santé publique relatif à l'encadrement de la profession infirmière nous indique « qu'hors urgences, l'infirmier doit administrer des traitements ou prodiguer des soins encadrés par une prescription datée et signée d'un médecin ». (5)

Parfois il existait une certaine méfiance de la part des IDE qui craignaient que le médecin ne prescrive pas ce qui leur avait dit de faire. Ces situations semblaient être très médecins dépendants. « *Souvent il y a des prescriptions par téléphone et autant avec certains, on n'a pas de souci ils nous disent au téléphone vous faites ça ou ça et dans la journée ou le lendemain ils passent le prescrire, mais quand les médecins ne se déplacent pas beaucoup je préfère tout mettre par mail à l'écrit* » IDE 14

La solution à ce problème semblait être l'informatisation et l'installation de logiciel dont le médecin a accès depuis n'importe quel ordinateur « ils peuvent regarder ce qui a été fait et prescrire à distance ce qui rend bien service. Du coup on a de moins en moins de prescriptions orales. » IDE 12

1.4 L'absence d'organisation des médecins traitants

La multiplicité des médecins intervenant dans un EHPAD semblait être source de difficulté pour l'infirmiers « quand il y a trop de médecins qui transitent dans l'EHPAD pour nous c'est compliqué à gérer »IDE 11.

L'IDE 8 qui travaillait dans deux établissements dont un situé en milieu urbain nous expliquait l'avantage de la deuxième structure plus rurale où elle travaillait et où elle n'avait qu'un seul interlocuteur « *Ce qui est compliqué pour nous (dans l'EHPAD en ville) c'est surtout la gestion des différents médecins. C'est à dire penser à les appeler au bon moment pour qu'ils viennent renouveler, savoir quels jours chacun des différents médecins travaille ou pas* » IDE8

Nous avons remarqué que quelques unes auraient apprécié pouvoir anticiper le passage du médecin en sachant quel jour celui-ci intervenait. « *Ce n'est pas organisé, chacun n'a pas son jour défini.* » « *L'idéal ce serait d'avoir des jours précis pour chaque médecin.* »IDE 11

Dans la structure où travaillait l'IDE 5 et dans celle où travaillait l'IDE 7 la visite du médecin était préparée et le planning infirmier était fait de telle façon que les infirmières soient deux au moment du passage du médecin traitant et cela semblait être plus facile à gérer pour elles qui avait donc du mal avec d'éventuel changement d'habitude « *On lui avait dit que nous cela nous embêtait puisqu'on prépare la visite en fait* » IDE 7 en parlant d'un médecin.

1.5 Les médecins qui délèguent au SAMU :

Presque toutes les infirmiers redoutaient les appels au centre 15, la plupart du temps ces appels étaient surtout sur les heures de permanences des soins pour bénéficier d'un avis médical

« à un moment donné je suis obligée de passer par un avis médical donc tant pis, on se fait ramoner mais au moins on a un avis » IDE 1

Les interrogé(e)s avaient pour la plupart le sentiment que les personnes âgées en EHPAD n'était pas la priorité du SAMU *« Alors je vais être très méchante mais j'ai l'impression que la personne âgée ça plait pas au 15 » IDE 8*

« Après c'est le quinze qui n'est pas content » IDE 11

Hors heures de permanence des soins (PDS) certaines infirmières considéraient qu'il pouvait parfois s'agir d'une solution de facilité pour le médecin traitant : *« Quand ils ne veulent pas se déplacer en fait nous ce qu'on ressent et qui n'est peut être pas vrai c'est que pour eux c'est un peu la facilité » IDE 5 en parlant d'un médecin qui lui avaient dit de contacter le 15.*

2/ Les apports respectifs de l'un à l'autre:

Les infirmières interrogé(e)s soulignaient le fait que dans une structure pour personnes âgées dépendantes tout le monde était indispensable « *Pour moi tout le monde est moteur à son niveau donc il faut que tout le monde soit motivé pour qu'on avance.* » IDE 7

La plupart travaillait d'ailleurs en harmonie avec les médecins : « *On a une relation et une prise en charge très complémentaire* » IDE 12

2.1 Les apports de l'infirmier au médecin :

- **Un rôle d'observation :**

A travers les différents entretiens il ressortait un rôle d'observation fondamental de l'infirmier dans la prise en charge du patient, cela reposait sur une relation de confiance entre les deux parties et facilitait grandement le travail du médecin « *ils ont confiance en nous quand on leur dit qu'il y a un truc qui ne va pas, on est leur yeux un petit peu quand même* » IDE 13

Le sixième infirmier nous confiait pour lui l'importance que le médecin « se sente en sécurité » en l'écoutant puis en lui donnant des indications orales pour la prise en charge sans voir le patient immédiatement. Ce travail d'analyse en amont était pour lui à la fois valorisant et très intéressant.

Ainsi toutes les infirmières interrogées se sentaient utiles vis à vis des médecins généralistes : « *l'autre jour par exemple on a eu un médecin qui disait « c'est vrai que je me fie beaucoup à vous, à ce que vous dites »* » IDE 9

L'IDE 7 nous faisait tout de même remarquer que la vision de l'infirmier ne pouvait en aucun cas se substituer à l'œil du médecin « *on peut vous dire pleins de choses sur les gens mais ça ne remplacera pas la vision on peut très bien lui dire il y a des oedèmes alors que ça peut être autre chose.* » IDE 7 elle ajoutait à cela « *chacun a son rôle on n'est pas là pour diagnostiquer alors après peut-être que certains le pensent mais on est très clair là dessus.* » IDE 7

- Un rôle de communication

Les infirmiers et infirmières interrogés expliquaient tout(e)s les décisions médicales aux résidents qui n'avaient pas bien compris ou entendu lors du passage du médecin : « *on a un rôle d'intermédiaire entre le médecin et le résident* » IDE 3 mais aussi parfois avec les familles « *c'est nous aussi qui téléphonons aux familles* » IDE 7

Dans certains EHPAD les infirmiers palliaient aux difficultés communicationnelles liées à l'origine étrangère du médecin qui avait alors recours à elles pour les appels téléphoniques : « *si il faut qu'on appelle la « régul » pour le faire partir, là c'est plus compliqué il ne sait pas le faire donc en fait il passe par nous infirmières.* » IDE 5 en parlant d'un médecin étranger en place

- Une aide sur le plan informatique :

Dans une moindre mesure les infirmiers apportaient une aide aux médecins ayant parfois du mal avec le logiciel informatique : « *On a aussi des médecins plus âgés qui ne sont pas très au fait du logiciel pas très « informatique » du coup il faut les assister pas mal par rapport à ça* » IDE 6

« *Ceux qui sont plus âgés ont plus de mal avec le logiciel ils sont contents de nous trouver* » IDE 1

2.2 Les apports du médecin à l'infirmier

- Les compétences médicales

Un des infirmiers appréciait l'apport d'informations médicales et les explications du généraliste sur les prises en charge. En effet cela lui permettait d'acquérir de nouvelles connaissances et ainsi de progresser « *C'est justement avec les échanges qu'on a avec les médecins qu'on apprend et qu'on devient plus expert.* » IDE 4

Presque tous s'appuyaient sur les médecins pour prendre les décisions lorsqu'elles ou ils se sentaient dépassé(e)s « *Il y a des connaissances que nous n'avons pas donc forcément on n'a parfois pas tout les tenants et aboutissant des situations* » IDE 6

L'infirmière 8 disait appréciait la diversité des champs de compétences du généraliste qui pouvait statuer avec elle sur différents problèmes : « *avec le médecin généraliste on peut facilement discuter de tout, de l'état physique et aussi de l'état moral du patient et c'est vrai que c'est mieux.* » IDE 8

- L'importance du soutien des médecins aux infirmiers

Certaines infirmières exprimaient l'importance qu'elles accordaient au soutien que pouvaient leur apporter le médecin « *ça ne fait pas longtemps que je suis arrivée et c'est vrai qu'elle m'a guidée sur beaucoup de choses* » IDE 8 en parlant d'une médecin intervenant sur l'EHPAD

Le support du médecin traitant pouvait être parfois nécessaire pour appuyer des décisions de l'infirmière vis à vis de la famille du résident ou du reste de l'équipe soignante « *Le fait que le médecin aille dans notre sens, les filles derrière, elles ont plus confiance. C'est important d'échanger avec les médecins.* » IDE 8

- La connaissance du patient

L'EHPAD étant avant tout un lieu de vie, le médecin traitant était considéré par les IDE comme la personne faisant le lien entre la vie du patient avant l'entrée en établissement et sa vie actuelle. Cette connaissance du patient et de son ancien environnement permettait une prise en charge plus globale ce qui était appréciée par l'IDE « *ils les connaissaient déjà à leur domicile avant qu'ils arrivent chez nous, donc c'est un point positif.* » IDE 12

« *Le point positif c'est que le généraliste connaît le résident, sa famille son histoire de vie* » « *ce ne sont pas juste des numéros de chambres c'est aussi ce que je recherchais en venant travailler ici* » IDE 13

3/ Considération globale :

3.1 Une relation de confiance :

Le plupart du temps il ressortait des entretiens une notion de relation de confiance et de travail d'équipe entre infirmier et médecin. « On est bien considéré dans l'ensemble, ils savent qu'on est là qu'ils peuvent compter sur nous, qu'on fait le maximum » IDE 14

La deuxième infirmière interrogée nous décrivait un triangle de confiance entre médecin, infirmier et résident qui permettait une harmonisation de la prise en charge « *c'est à dire que le médecin a confiance en nous, nous on a confiance en la prise en charge du médecin, et le résident à confiance en nous et en son médecin* » IDE 2

Cette relation de confiance reposait la plupart du temps sur une connaissance réciproque médecin-infirmier « *Les médecin traitants ils nous connaissent bien, ils savent que quand on appelle c'est qu'on a un truc qu'on ne peut pas dépatouiller nous même* » IDE 1

« *on est habitués les uns aux autres donc du coup on a plutôt des bonnes relations.* » IDE 2

Cependant quelques uns des interrogés rapportaient des relations hiérarchiques voir conflictuelles avec au moins un des médecins intervenant sur l'EHPAD dans lequel ils ou elles travaillaient

« *il ne va pas utiliser l'ordinateur, c'est plus du genre : je vais sortir le dossier tu le rangeras, je vais te faire les prescriptions à l'écrit puis tu te débrouilleras pour les rentrer sur l'ordinateur* » IDE 10

« *monsieur vient il lit ce qu'il y a sur le cahier, il n'a pas besoin de nous il est limite hautain* » IDE 14 au sujet d'un médecin

Malgré des situations ponctuellement décrite avec certains médecins les rapports problématiques restaient très occasionnels « *c'est très rare qu'on ait ce type de médecin "moi je sais vous non".* » IDE 8

3.2 Le tabou de la position hiérarchique médecin-infirmier :

- La peur de déranger la personne qui est « au dessus »

Un des infirmiers interrogés nous faisait un parallèle entre les relations médecins-infirmier et infirmier aide-soignant, prenant en compte le fait que le manque de connaissances pouvait parfois placer le médecin en situation de supériorité « *C'est un peu comme nous avec les aides soignants c'est à dire que des fois (silence) on te sollicite pour un oui pour un non, parce qu'on a un manque de connaissance et on sur-sollicite et je sais que pour moi des fois c'est un peu agaçant quand on a d'autres priorités et qu'on vient me solliciter pour des bêtises* » IDE 4

- Le temps des médecins généralistes considéré comme plus précieux que le leur :

Pratiquement toutes les infirmières interrogées prenaient en compte le fait que le temps du médecin était précieux, nous avons parfois l'impression qu'elles le considérait d'ailleurs plus précieux que le leur « *Avec ma collègue voilà on arrête nos soins et on va avec le médecin. Chose qui n'est pas forcément faite partout mais on essaie au maximum.* » « *Si je suis en train de manger je pose ma gamelle pour bien exposer mes problèmes et qu'on puisse aller au fond des choses* » IDE 13

Cela paraissait normal (pour la plupart) de préparer la venue du médecin et de suivre sa visite.

«On sait que bien souvent le médecin n'a pas le temps donc il faut qu'on prépare. »
IDE 7

- La façon de s'adresser au médecin :

Plusieurs interrogé(e)s disaient prendre plus de précaution pour s'adresser à certains médecins « *des fois il faut y mettre un peu les formes parce qu'il y a cette position... sans parler de hiérarchie* » IDE4

« *quand on veut vraiment lui pointer quelque chose il faut y aller avec des petits chaussons* » IDE 14

Tout cela n'était en réalité pas uniquement induit par une position hiérarchique inconsciente mais avant tout par la rareté des médecins sur le territoire auvergnat et la nécessité de leur visite à l'EHPAD « *de toute façon on a besoin des médecins... on en a besoin...* » IDE 3

4/ La gestion du désaccord:

Le plus souvent les infirmiers et infirmières interrogés osaient manifester leur désaccord dans la prise en charge d'un patient, beaucoup d'entre eux réclamaient des explications complémentaires ce qui semblait toujours être entendu de la part des médecins. « *Je peux lui demander si je ne comprends pas quelque chose, je suis assez libre. Après ce ne sont pas des désaccords* » IDE 9

Au fil des entretiens nous avons pu remarquer que l'important pour les infirmier(e)s était surtout l'attention que le médecin pouvait porter à leur avis « *Il y a eu des désaccords mais moi personnellement j'arrive toujours à parler et à faire entendre mon point de vue* » IDE 13 L'important n'étant pas forcément d'être en accord mais d'arriver à prendre en compte l'avis infirmier dans la prise en charge et de pouvoir débattre. « *On arrive toujours à trouver un terrain d'entente en ouvrant la discussion je dirais* » IDE 13

Les infirmiers se considérant comme proche du chevet du patient appréciaient être consultés « *par exemple sur une prise en charge d'un patient en fin de vie où le médecin est plutôt d'avis d'arrêter les thérapeutiques, ils nous demandent toujours l'aval ou du moins on nous dit "et vous qu'est ce que vous en pensez?"* » IDE 12

Ce que nous retenions lors des entretiens c'est qu'il n'existait en fait pas de réel désaccord entre IDE et médecins, car au final les deux parties arrivaient toujours à tomber d'accord pour le bien du patient : « *Le but c'est quand même de faire au mieux pour le résident et on n'a pas de raison pour ne pas s'entendre pour que ça arrive* » IDE 7 « *Après il faut aussi qu'il y ait de l'attachement pour le patient à mon sens pour vraiment avancer dans la même direction* » IDE 7

Certains nous soulignait effectivement qu'il n'y avait pas de vrai désaccord « *C'est pas forcément un désaccord c'est plus un échange pour avoir la meilleure prise en charge possible pour le résident sans qu'on oublie quoique ce soit.* » IDE 6

5/ Le surplus de responsabilité lié à la solitude de l'infirmier

Ce sentiment de solitude était rapporté très clairement par tous nos interrogés notamment hors des heures de permanence des soins où l'infirmier se retrouvait en « *autonomie totale* » et cela pouvait être relativement mal vécu notamment par les moins expérimenté(e)s « *souvent à 19 h je n'ai plus de médecin joignable et c'est le fait de savoir si c'est vraiment urgent ou si ça peut attendre le lendemain, surtout quand on est jeune diplômée ça c'est assez dur à gérer* » IDE 10

Cette impression de solitude leur paraissait difficilement comprise par le généraliste « *je pense qu'ils ont du mal à comprendre que dans l'EHPAD l'infirmière est seule en fait donc des fois il y a des choses qu'on ne peut plus gérer c'est impossible* » IDE 13

Le surplus de responsabilités de l'infirmier en EHPAD passait également par le fait de savoir décrire clairement les éléments cliniques au téléphone sans rien oublier, ce qui pouvait être également source d'angoisse « *Il faut pas que tu passes à coté de quelque chose, il faut établir ton « pré-diagnostic », pouvoir donner des informations fiables et parfois insister pour avoir un médecin.* » IDE 1

Le quatrième infirmier interrogé indiquait l'importance de la clarté du discours de l'infirmier lors des appels téléphoniques au médecin « *Quand t'appelles le médecin c'est aussi la façon dont tu t'exprimes qui va faire qu'il va venir ou pas* » IDE 4

Cependant ce « surplus de responsabilité » était souvent ce pourquoi ils trouvaient leur métier valorisant, n'ayant ainsi pas l'impression d'être uniquement exécutant : -« *je préfère parce qu'on a plus de marge, on est plus autonome en tant qu'infirmier* » IDE 2

-« *le fait d'être multi-tâches ça nous donne une position valorisante en tant qu'infirmière* » IDE 11

6/ Pistes pour améliorer les relations et la prise en charge du patient :

Quelques infirmières nous ont donnés des éléments qui pourraient être mis en œuvre et leur permettraient de rendre leur travail plus agréable

6.1 La lecture des transmissions écrites par les infirmiers dans le logiciel :

« En fait ce qui serait bien c'est que le médecin lise les transmissions pour bien voir ce qu'il se passe dans le quotidien de la personne, il y a accès mais n'y pense pas forcément » IDE 10

La même infirmière regrettait l'absence de réunion pluridisciplinaire avec les généralistes pour discuter des prises en charges des résidents mais soulevait également une problématique « c'est compliqué vous n'avez pas assez de temps et nous non plus d'ailleurs... ! »

6.2 Le fait d'avoir un jour et un horaire défini par médecin :

« L'idéal ce serait d'avoir des jours définis pour chaque médecin » IDE 11

« il faudrait qu'on arrive à avoir un horaire, comme un rendez vous à l'extérieur, qu'on ait vraiment une heure dédiée » IDE 13

« je pensais qu'on pourrait faire une journée de renouvellement par mois pour être un peu sur le même modèle, après je comprends que si vous devez voir tout les résidents ça prend du temps. » IDE 14

6.3 La présence d'un médecin coordonnateur par EHPAD

Sur les 14 infirmiers interrogés 6 travaillaient dans des établissements n'ayant pas de médecin coordonnateur attribué ce qui rendait parfois les prises en charge plus complexes « j'aimerais qu'on ait un médecin coordonnateur, pour faire de la qualité, pour être un peu plus pointus » IDE 12

Lorsqu'un médecin coordonnateur était présent et que celui-ci était différent du médecin traitant, une des IDE interrogées nous rapportait une rivalité et une divergence de point de vue parfois difficile à gérer « *il y a une "guéguerre" entre médecins qui est assez désagréable, on a quelquefois des médecins qui ne s'entendent pas avec le médecin coordonnateur* » IDE 8

Discussion :

1/Les points forts et les points faibles de l'étude :

Ce travail présentait des limites, tout d'abord la présence d'un seul intervenant lors de la retranscription n'a pas permis un double encodage qui aurait augmenté la validité interne de notre étude.

De plus la méthode qualitative favorise la parole libre ce qui induit une grande variabilité au niveau des réponses données mais aussi une différence de compréhension des questions. Parfois, les réponses à certaines questions étaient relativement limitées et ce malgré les tentatives de reformulation.

Dans cette étude on peut aussi se poser la question de la présence d'un biais lié à l'influence de l'interrogateur sur l'interrogé(e) ou biais affectif. En effet malgré le fait que je me sois présentée en tant qu'interne en médecine, mon appartenance au « clan médical » pouvait limiter les réponses, les infirmiers interrogés n'osant sûrement pas toujours pousser la critique trop loin de peur de vexer.

Nous avons choisi dans ce travail d'interroger uniquement le côté infirmier, ils auraient également été intéressants de pouvoir le comparer à celui des médecins.

Ce travail présentait également plusieurs points forts dont la méthode choisie d'étude qualitative qui paraissait être la plus adaptée à la description de la complexité des rapports humains. Les récits des infirmières se basant sur leurs propres expériences et leur ressenti.

La précision du discours anonyme pouvait permettre dans un sens d'encourager les réponses franches sans peur du jugement ou des représailles.

La diversité de l'échantillonnage était également un point fort, douze infirmières et deux infirmiers d'âges et de milieux d'exercices différents qui correspondaient cependant à la démographie infirmière en EHPAD. En effet selon un rapport de la DREES paru en 2018, 90% des infirmiers travaillant en EHPAD sont des femmes, leur moyenne d'âge est de 44 ans (la moyenne d'âge de notre échantillon était de 40,5 donc un peu inférieure)

Les différentes manières de s'entretenir avec les interrogées (en direct, par visio-conférences et par téléphone) représentaient aussi un point positif. Les entretiens effectués en présentiels favorisaient un dialogue naturel entre deux professionnels de santé, les entretiens effectués en visio-conférences nous ont permis d'élargir notre échantillon en particulier durant ces temps de pandémie où le contact direct est déconseillé et où le travail dans les EHPAD s'est intensifié. Notons que le choix du type d'entretien était laissé aux participants.

2/ La relation médecin infirmier, une relation de confiance basée sur la communication :

Si nous avons pu retrouver différents travaux étudiant la collaboration entre infirmiers libéraux et médecin traitant, aucun n'avait été réalisé dans des structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Nous retrouvions tout de même des similitudes au niveau des résultats.

Globalement les infirmières et infirmiers de notre étude témoignaient d'une confiance réciproque avec le généraliste qui était source de bonne relation, c'est également ce que démontre Edith Sperling dans sa thèse qualitative concernant la collaboration entre médecins libéraux et IDE pour la prise en charge des plaies chroniques.(7) De nombreux travaux comme celui de Gabriel Seigle indiquent par ailleurs que la connaissance personnelle du médecin par l'infirmière et l'habitude de travailler ensemble facilitait la communication.(4) Cela revenait également de nombreuses fois lors de nos entretiens.

Les rapports entre médecin et IDE étaient rarement conflictuels comme le signale aussi Gaël Gernoux dans son travail sur « vécu et ressenti de l'infirmière libérale dans sa relation avec le généraliste »(8). Lors de notre étude nous avons tout de même relevé plusieurs témoignages d'IDE nous avouant avoir des difficultés avec un ou plusieurs médecins intervenant dans l'EHPAD. On pourrait attribuer cette différence de résultat au fait que notre étude concerne des EHPAD. En effet dans un travail de thèse fait en 2015 par Lucie Grangeon les médecins généralistes interrogés avouaient avoir une perception négative de la personne âgée institutionnalisée et dans des EHPAD.(9)

3 / La réunion de concertation pluridisciplinaire, un outil susceptible de faciliter la communication :

La plupart des interrogées regrettaient l'absence de réunion de concertation interprofessionnelle, souhaitant plus de rencontres avec les médecins généralistes. Nous avons également pu retrouver cette notion dans le travail fait par Madeline Schmidt en 2019, celle-ci concluait au désir des médecins et des IDE interrogés de se concerter plus régulièrement.

Le fait de créer un espace et un temps de rencontre apparaissait donc comme nécessaire, ces réunions permettraient un contact direct avec les infirmières et libéreraient une partie de la charge émotionnelle liée à la prise en charge de patients poly-pathologiques.

Cela permettrait également d'optimiser les prescriptions médicamenteuses, une étude faite en 2016 sur les réunions pluridisciplinaires en EHPAD et la prise en charge médicamenteuse indiquait qu'après revue de dossiers patients entre pharmacien-infirmier et médecin 88% prescriptions avaient été revues et modifiées. (11)

Cependant dans le travail de thèse de Gabriel Seigle sur la communication entre infirmières et médecins généralistes celui-ci relevait que si quasi tous les médecins généralistes participaient aux réunions, seule 50% des infirmières disaient y assister. (4)

Les deux principaux freins à la pratique régulière de RCP étaient d'une part le manque de temps et d'autre part le manque de rémunération. En effet si pour les médecins et infirmières travaillant en maison de santé pluridisciplinaire (MSP), les nouveaux modes de rémunération (NMR) étaient sensés valoriser le travail coordonné, aucune rémunération n'était faite pour valoriser les infirmières d'EHPAD prenant du temps sur leur temps personnel pour assister à ce type de réunion. On note également que les NMR n'équivalent pas à une rémunération à l'acte pour les médecins et donc semblent peu intéressants du point de vue financier.

4 / Sommes nous prêt à l'inter-professionnalité ?

Dans leur formation respectives médecins comme infirmiers devaient acquérir une compétence de collaboration. Cette dimension collaborative était de plus en plus mise en avant dans le troisième cycle des études de médecine générale avec la compétence « relation, communication centrée patient » illustrée dans la marguerite des compétences décrite par un groupe de travail réuni sous l'égide du Collège national des généralistes enseignants (CNGE).

Cependant dans plusieurs des travaux de thèses suscités où des médecins généralistes étaient interrogés plusieurs plébiscités une formation pour l'interdisciplinarité parlant notamment de « révolution des pratiques pour passer d'un travail individuel à un travail en équipe ».

En 2009 à la faculté de Rennes, avait été mis en place une formation de 6 jours sur l'inter-professionnalité entre médecin libéraux et paramédicaux. Ceci avait donné lieu à un travail sur la perception de ce type de formation par les étudiants en santé. Il en ressortait que la formation leur avait permis non seulement de rencontrer les différents professionnels de la région mais également de déconstruire certaines représentations sur certaines professions. (12) Sur le même système une étude réalisée en Angleterre montrait que les étudiants ayant suivi ce type de formation avaient une attitude plus positive envers les autres professionnels de santé. (13)

5/ Solitude de l'infirmière en EHPAD et absence de médecin coordonnateur.

Tous les infirmiers interrogés se disaient « seuls » ou « autonomes », on ne retrouvait pas ce type de thématique dans les études menées chez des infirmières libérales, cela pouvait venir du plus grand nombre de patients dont elles devaient s'occuper en même temps, de la sollicitation des aides soignantes ... qui rendaient leur travail très similaire au travail hospitalier avec pour autant « l'injustice » de ne pas avoir de médecin sur place.

Dans la gestion de ce surplus de responsabilité en lien avec la solitude de l'infirmière le médecin semblait avoir un rôle fondamental, celui de rassurer, de soutenir et de se rendre disponible par téléphone pour éviter l'épuisement de l'IDE. L'impression que le médecin prenne conscience de la difficulté de leur travail semblait être important pour eux.

La problématique de l'absence de médecin coordonnateur attitré a été soulevée par plusieurs de nos interrogées, hors leur cas n'est visiblement pas isolé puisqu'un rapport de la DREES établi en 2018 montrait que 10% des EHPAD avait un poste de médecin coordonnateur non pourvu. Dans notre échantillon 6 infirmiers sur 14 nous indiquaient travailler dans un EHPAD qui n'avait pas de médecin coordonnateur attitré ce qui n'était donc pas forcément représentatif de la situation française. (14)

6/ L'aide de la technologie dans les rapports médecins- infirmiers :

Même si l'appel téléphonique restait le mode de communication le plus utilisé, on constatait l'émergence d'autres modes de communication comme les E-mail ou les Sms qui permettaient à chacun de répondre selon sa disponibilité. Ces modes de communications avaient toutefois leurs limites puisque certains de nos interrogés admettaient en abuser parfois un peu en dehors des heures de travail des médecins.

La présence d'un logiciel informatique accessible à distance résolvait plusieurs problèmes dont celui des prescriptions orales puisqu'il permettait au médecin de prescrire depuis son cabinet.

Tous les travaux de thèses suscités concernant les relations entre médecin et infirmier libéraux soulignaient l'importance d'outils de communication dédiés et le recours aux « nouvelles technologies » pour améliorer la relation médecin infirmier et résoudre le problème de l'indisponibilité du médecin.

Conclusion :

A l'issue de notre étude, la collaboration entre infirmiers diplômés d'état et médecin généraliste dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes apparaît comme harmonieuse. Bien qu'il existe parfois des désaccords les infirmiers présentaient leur travail comme complémentaire à celui du médecin, se considéraient comme leur « binôme ». Les deux parties agissant ainsi dans le même sens pour le bien du patient.

Malgré le surplus de responsabilité qui est parfois source d'angoisse pour l'infirmier, tous et toutes considèrent leur travail comme valorisant et ne se voient absolument pas comme un simple « exécutant » des prescriptions médicales. Même si au final plusieurs infirmiers soulignent que le médecin traitant, responsable de son patient, garde une place centrale dans la décision.

Nous pouvons dire à l'issue des entretiens que l'infirmière d'EHPAD semble trouver une place en tant que collaboratrice du médecin généraliste avec lequel elle noue une relation de confiance.

Toutefois, des perspectives d'amélioration sont possibles pour faciliter d'avantage ces relations comme : le passage par un logiciel accessible à distance par le médecin généraliste, la communication avec l'infirmière via les nouvelles technologies (par des E-mail notamment), le développement de formations à l'interdisciplinarité pour apprendre à mieux travailler ensemble ainsi que la réalisation de réunion interprofessionnelles au sein de l'EHPAD. La visite du médecin sur une plage horaire dédiée à l'EHPAD et un jour fixe est également très plébiscitée par les infirmiers.

Clermont-Ferrand Le
Pierre Clavelou
Doyen- Directeur

Clermont-Ferrand Le
Philippe Vorilhon
Président du Jury

Conclusion :

A l'issue de notre étude, la collaboration entre infirmiers diplômés d'état et médecin généraliste dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes apparaît comme harmonieuse. Bien qu'il existe parfois des désaccords les infirmier(e)s présentaient leur travail comme complémentaire à celui du médecin, se considérant comme leur « binôme ». Les deux parties agissant ainsi dans le même sens pour le bien du patient.

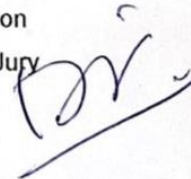
Malgré le surplus de responsabilité qui est parfois source d'angoisse pour l'infirmier(e), tous et toutes considèrent leur travail comme valorisant et ne se voient absolument pas comme un simple « exécutant » des prescriptions médicales. Même si au final plusieurs infirmiers soulignent que le médecin traitant, responsable de son patient, garde une place centrale dans la décision.

Nous pouvons dire à l'issue des entretiens que l'infirmière d'EHPAD semble trouver une place en tant que collaboratrice du médecin généraliste avec lequel elle noue une relation de confiance.

Toutefois, des perspectives d'amélioration sont possibles pour faciliter d'avantage ces relations comme : le passage par un logiciel accessible à distance par le médecin généraliste, la communication avec l'infirmière via les nouvelles technologies (par des E-mail notamment), le développement de formations à l'interdisciplinarité pour apprendre à mieux travailler ensemble ainsi que la réalisation de petites réunion interprofessionnelles au sein de l'EHPAD. La visite du médecin sur une plage horaire dédiée à l'EHPAD et un jour fixe est également très plébiscitée par les infirmier(e)s.

Clermont-Ferrand Le
Pierre Clavelou
Doyen- Directeur

Clermont-Ferrand Le 08/04/2021
Philippe Vorilhon
Président du Jury



Références bibliographiques :

1. ANESM « L'accompagnement personnalisé de la santé du résident »
Recommandation des bonnes pratiques Qualité de vie en Ehpad (volet 4)
Novembre 2012 disponible sur www.anesm.sante.gouv.fr rubrique publication
2. M.Dumas, F. Douguet, Y. Fahmi, « Le bon fonctionnement des services de soin : ce qui fait équipe ? », Revue interdisciplinaire management Homme et entreprise 2016 P45-67
3. Madeleine Estryng-Behar, Jean-Michel Lassaunière, Clémentine Fry, Alix de Bonnières, « L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecin et infirmier) avec ceux exerçant en soins palliatifs, onco-hématologie et gériatrie » Esclavier Masson Médecine palliative — Soins de support — Accompagnement — Éthique (2012) 11, 65—89
4. G.Seigle « La communication entre médecin généraliste et infirmiers diplômés d'état sur le territoire de Maubeuge » Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, CHU Lille 2018.
5. Décret n°2002-194 du 11 février 2002 sur « les actes professionnels et l'exercice de la profession d'infirmier », modifié par un décret du 29 juillet 2004, codifié au Code de la Santé Publique (CSP) (articles R.4311-1)
6. Rapport de la DREES sur la démographie infirmière, tableaux et effectifs infirmiers 2018 disponible sur <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>
7. E Sperling, « Etude de la relation entre médecins généralistes et infirmiers libéraux dans l'Oise pour la prise en charge des plaies chroniques » thèse d'exercice de docteur en médecine, Faculté de médecine d'Amiens 2016
8. G. Gernoux « vécu et ressenti de l'infirmière libérale dans la relation professionnelle avec le médecin généraliste » thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, université de Nantes, 2006
9. L.Grangéon « La place du généraliste dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : ressenti de onze médecins généralistes en Franche Comté » Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Faculté de Besançon 2015.
10. Schmidt M. Analyse des relations entre les médecins généralistes et les infirmiers libéraux: enquête qualitative auprès de 20 professionnels de santé [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2019.
11. Grenouilleau V, Rey A, Faraggi L. « Réunion de concertation pluriprofessionnelle en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : quels impacts sur la prise en charge médicamenteuse des patients ? » Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien. 1 déc 2016

12. Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renault P. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale*. 1 mai 2015;
13. Ruebling I, Pole D, Breitbart AP, Frager A, Kettenbach G, Westhus N, et al. A comparison of student attitudes and perceptions before and after an introductory interprofessional education experience. *J Interprof Care*. janv 2014
14. Bazin, M., Muller, M. (2018, juin). « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD » DREES, *Études et Résultats*, 1067.

Annexe I : Grille d'entretien :

Thème	Questions
Vécu des relations avec le médecin généraliste	<p>Racontez moi une situation de prise en charge que vous avez vécu avec un médecin au sein de l'établissement, qu'elle soit bonne ou mauvaise.</p> <p>Selon vous comment un médecin généraliste vous considère ?</p>
Appel téléphonique	<p>-Comment appréhendez vous le fait de devoir appeler un médecin ?</p> <p>-Comment gérez vous l'absence ou le refus de réponse ?</p> <p>-Refusent-ils parfois d'intervenir et dans ces cas là, comprenez vous les justifications données ?</p>
Gestion du désaccord	<p>-Vous arrive-t-il de ne pas être d'accord avec les décisions prises par le médecin généraliste lors d'une prise en charge ? <i>(demander de raconter une situation si besoin)</i></p> <p>-Si oui osez vous manifestez ce désaccord ?</p> <p>-Avez vous l'impression que votre avis est pris en compte ?</p>
Explications, informations	<p>-Vous sentez vous correctement informée par le médecin généraliste concernant les prises en charges des résidents ?</p> <p>-Les démarches décisionnelles vous sont-elles expliquées en cas de désaccord ou en cas d'incompréhension ?</p>
Conclusion	<p>-Quels sont les points positifs et les points négatifs du travail « en équipe » avec le généraliste ?</p> <p>-Comment peut-on selon vous améliorer la collaboration ?</p> <p>Si vous deviez décrire en un mot les relations que vous entretenez avec les médecins généralistes lequel serait-ce ?</p>

Information sur l'identité :

- 1) Quel est votre âge ?
- 2) Quelle est votre situation familiale ?
- 3) Avez vous eu d'autres expériences professionnelles ?
- 4) rythme de travail ? (nuit ?) présence d'un médecin coordonnateur ?
- 5) Avez vous un médecin dans votre entourage proche ? (famille, amis proche)

Annexe II : Exemples de verbatim

Exemple d'entretien :

1) Racontez moi une situation que vous avez vécu avec un médecin généraliste qu'elle soit bonne ou mauvaise ?

Alors ... Par exemple, alors c'était pendant un de mes remplacement, il y avait une dame qui était en fin de vie donc elle avait été mise sous Durogesic et tout... puis elle avait des difficultés respiratoires aussi donc son médecin était passé, elle nous avait dit qu'elle avait une pneumopathie donc elle l'a mise sous antibio. Moi j'avais demandé à ce médecin,... fin j'avais proposé qu'on mette aussi un peu de scopolamine. Et le médecin n'était pas d'accord avec ça en fait donc elle m'a expliquée pourquoi, que ça allait lui sécher les voies respiratoires tout ça. Fin voilà et moi en fait (*il rit*) j'étais un peu resté « campé » sur mon truc que je pensais être une bonne chose parce qu'elle était en fin de vie et que pour moi on était plus sur du confort et comme elle avait pas mal d'encombrement en fait et on ne la sentait pas confortable. Et moi du coup le soir je lui ai redemandé, mais elle était chez elle en fait (nouveau rire) et je me suis permis de lui renvoyer chez elle un message pour lui dire « vous êtes sûre que ce ne serait pas une bonne idée de mettre un patch de scopolamine ». Donc bon elle ne m'a jamais répondu et j'ai laissé tomber mais elle s'est un peu payée ma tête quand elle est revenue auprès d'autres infirmière, elle disait « regardez ce qu'il m'a envoyé comme message » (*rires*) mais j'étais vraiment en bon terme avec ce médecin.

Donc pour en revenir à ta thématique c'est vrai que quand on a de bonne relation avec le médecin des fois on se permet de les solliciter peut être plus que ce qui serait nécessaire, tu vois je me pose la question. Des fois on leur envoie des messages même quand ils ne bossent pas parce qu'il y a un bon feeling et je pense que ça peut être, fin j'en suis sûr même que ça peut être agaçant de toujours être...dérangé quoi (*rire*) non mais je sais pas ce que toi tu en penses ?!(*Nouveau rire*)

-Tu sens que ça les agace toi ?

silence, il lève les yeux au ciel pour réfléchir en soupirant

Bah on ne te le dit pas mais moi je me mets un peu à la place, tu sais quand tu m'as parlé de ton thème, j'ai fait un peu un parallèle, euh tout bête c'est un peu comme nous avec les aides soignants c'est à dire que des fois (silence) on te sollicite pour un oui pour un non, parce qu'on a un manque de connaissance et on sursollicite et je sais que moi des fois c'est un peu agaçant quand on a d'autre priorité et qu'on vient me solliciter pour des bêtise. Là en l'occurrence cette situation je sais pas si c'était une bêtise, cette dame elle est décédée peu de temps après ... mais... je sais pas ,je trouve ton sujet intéressant en tout cas .

Qu'il y ait une bonne relation entre les professionnels, parce qu'au final on est tous des professionnels au service des patients et le but c'est de faire le maximum pour les patients et leur prise en charge.

-Comment penses tu que les Médecin généraliste te considère ?

Moi ça se passe toujours bien j'ai jamais eu de soucis ou d'accrochage mis à part peut être une fois au tout début de mon diplôme où je m'étais fait « rembarrer » par un médecin parce que j'avais pas su lui donner les informations assez rapidement, sinon moi j'ai toujours de bonnes relations.

Je pense que quand t'es investi que tu cherches à comprendre les choses à aller plus loin qu'être un simple exécutant c'est mieux perçu.

Les médecins parfois, ils prescrivent des choses et on est pas d'accord avec ce qui a été prescrit donc c'est bien de pouvoir donner son opinion des fois il faut y mettre un peu les formes parce qu'il y a cette position... sans parler de hiérarchie mais il y a cette position qui fait qu'il faut parfois y mettre les formes pour faire passer une demande, mais je pense que quand on est dans cette démarche là je pense que le médecin se sent un peu en confiance avec l'infirmier parce qu'il voit qu'on est... ben qu'on est professionnel en fait. Infirmier c'est pas juste un rôle d'exécutant pour moi c'est aussi analyser les prescriptions, il y a toujours des choses à adapter. On peut ne pas être d'accord, c'est le travail en équipe en fait.

-t'es souvent en désaccord ?

Non je suis souvent d'accord

-mais est ce que quand t'es en désaccord tu oses le dire et est ce qu'on t'explique derrière ?

Oui mais des fois c'est des trucs tout bêtes genre : est ce qu'on peut pas lui piquer une biologie, est ce qu'on peut faire un aérosol à tel patient... fin après j'ai pas toutes les connaissances médicales ni le regard que vous avez sur le patient... après on s'explique.

Tu vois par exemple une dame, on lui avait prescrit des corticoïdes et des antifongiques, je ne comprenais pas donc je l'ai exprimé, tu vois j'ai dit au médecin « moi je comprends pas là » et ben il m'a expliqué, après tout était clair. C'est bien quand c'est comme ça, ça nous permet nous de progresser et des fois ça permet aussi au médecin de remettre certaines choses en question. Fin je ne parle pas dans cette situation mais des fois ils vont se dire « peut être que c'est pas une bonne idée » A chaque fois que j'ai demandé on m'a toujours expliqué. Quand tu t'exprime, à moins d'avoir vraiment un abruti en face de toi mais j'ai pas rencontré beaucoup de médecin qui soit abrutis dans le sens qui refusent de répondre aux questions des paramédicaux. (Rires)

-Tu appréhendes quand tu appelles le médecin traitant pour des urgences ou autre ?

Des fois c'est compliqué parce que... des fois les médecins n'ont pas forcément le temps.. Du coup des fois c'est vrai qu'on est un peu démuni parce que c'est vrai que c'est embêtant quand il n'y a pas eu de courrier pour les urgences et que c'est nous qui prenons l'initiative d'écrire un courrier tu vois ça s'est passé il y a deux semaines. C'est pénible pour moi les conditions optimales pour qu'un patient parte aux urgences c'est que le médecin ait fait un courrier et ou ait appelé pour qu'il y ait une prise en charge qui soit la plus rapide et la plus adapté. On sait que quand on fait partir en « freestyle » avec le 15 c'est plus long... fin c'est moins bien...

-c'est souvent le cas que les médecins refusent d'intervenir ?

-Non c'est pas souvent le cas bon c'est arrivé là il y a deux semaines mais sinon... par exemple il y a deux jours on a fait hospitalisé quelqu'un, même si le médecin ne s'est pas déplacée elle m'a fait un courrier elle a contacté les services, il n'y avait pas moyen de le faire entrer directement donc il est quand même allé aux urgences mais voilà tout était fait au mieux de ce que l'on pouvait. Donc ya moins de frustration

-Et dans la semi urgence tu comprends qu'ils ne viennent pas de suite ?

C'est toujours embêtant quand c'est « semi urgent » on manque de connaissance parfois pour analyser le degrés de l'urgence et comme il n'y a pas de médecin sur place c'est toi qui doit analyser et des fois t'as un peu peur de te planter quoi. Parce que t'as des situation où tu te demande si quand tu peux pas joindre le médecin il faut que tu appelle le 15 ou non.

Quand t'appelle le médecin c'est aussi la façon dont tu t'exprime qui va faire qu'il va venir ou pas.

-Tu as peur de mal t'exprimer, de ne pas utiliser les bons mots et de ne pas bien te faire comprendre en fait ?

-oui voilà c'est exactement ça, vraiment je fais ce même parallèle entre infirmier et aide soignant, il y a toujours ces situations où tu dois prévenir la « personne qui est au dessus ». Donc des fois y'a des situations où tu la préviens histoire de te dire « c'est plus ma responsabilité » mais d'un autre côté t'as peur d'agacer

-qu'est ce que tu apprécies du coup dans le travail pluridisciplinaire ?

Ben c'est... C'est super en fait ce sont des professions où t'apprends toujours, je suis sorti du diplôme je ne savais rien, tu te rends compte que tu connais rien au métier j'ai l'impression que j'apprends plus de choses maintenant que j'exerce. C'est justement avec les échanges qu'on a avec les médecins qu'on apprend et qu'on devient plus expert.

-Si tu devais décrire en un mot ta relation avec les généralistes ?

En un mot ouf en un mot .. je dirais « collègue » c'est ce que j'ai toujours considéré.

Des fois j'entends des infirmières, tu vois par exemple quand j'ai envoyé un message au médecin, les filles pour elles c'est ... fin c'est pas possible de faire ça. Pour elle c'est Le médecin il faut rien lui dire faut pas la contredire.

J'ai l'impression que ça se passe bien avec ce médecin parce que je ne la considère pas comme l'être suprême à qui on peut pas parler. Après je dis pas que ce que j'ai fait c'est pas abusé mais des fois un petit message c'est aussi plus facile quoi. Par exemple pour les résultats d'ECBU j'envoie un petit message pour que mon patient soit traité rapidement quoi je n'ai pas envi d'attendre une semaine que le médecin vienne.

Ce qui est aussi compliqué c'est qu'on est pas sensé administrer sans prescription et des fois yen a certaines des infirmières où c'est hors de question d'administrer juste avec une prescription orale.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle
aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous
ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune
discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si
elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois
de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs
conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir
hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me
laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.
Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite
ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je
ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort
délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je
n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les
perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes
promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de
la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RESUME DE LA THESE

Contexte La qualité de la relation et de la communication entre médecins et infirmiers est un enjeu d'évolution dans la prise en charge globale des résidents en EHPAD, autant pour la satisfaction du patient que pour celle des équipes soignantes.

Objectif : Analyser les impressions des infirmiers et de comprendre leurs attentes afin d'envisager des perspectives d'améliorations

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative avec entretiens individuels semi-directifs basés sur une grille d'entretien. Les entretiens ont été réalisés en présentiel ou en visio-conférence sur l'année 2020 à 2021 dans les départements du Cantal, de la Haute-Loire et du Puy-de-Dôme. Le critère d'inclusions était : infirmier(e)s exerçant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Résultats : Quatorze infirmiers et infirmières de 24 à 59 ans ont été interrogés. Les infirmiers interrogés avaient du mal à accepter le travail fait dans la précipitation, le manque de disponibilité téléphonique des médecins, les prescriptions orales et l'absence d'organisation des généralistes notamment sur les horaires et les jours de passages. Tous considéraient leur travail et celui du médecin comme complémentaires, chacun apportant quelque chose à l'autre.

La solitude de l'infirmier en EHPAD entraînant un surplus de responsabilité pouvait parfois être difficile à gérer. L'infirmier comprenait aisément le manque de temps du médecin mais appréciait trouver de la compréhension et du soutien de sa part.

Des pistes d'améliorations étaient évoquées lors des entretiens notamment l'augmentation des réunions pluridisciplinaires, une meilleure organisation du planning de passage des généralistes à l'EHPAD ou la présence d'un médecin coordonnateur par structure.

Conclusion : Il existe une relation globale de confiance entre médecin et infirmier. En effet même si les rapports pouvaient être complexes dans certains binômes, les deux parties agissaient dans le même sens pour le bien du patient.

Mots clés : infirmières, infirmiers, médecin généraliste, relation, communication, interdisciplinarité, personne âgée