



Ecole de Management de Strasbourg



Université de Strasbourg

MEMOIRE

Master 2 MAE

Management des organisations de santé et médico-sociales

**LA NATURE DE LA RELATION ENTRE LES
MEDECINS EN FORMATION ET LES INFIRMIERES
ET SON EVOLUTION AU COURS DE L'INTERNAT
DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE DIGESTIVE**

LIVRET I : MEMOIRE

Présenté par

Arne Kock

Sous la Direction de

Caroline Merdinger-Rumpler

Année universitaire 2021-2022

REMERCIEMENTS

A Caroline Merdinger-Rumpler, pour sa patience et ses commentaires toujours pertinents, qui m'ont aidé tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Au Professeur Pessaux, qui m'a soutenu dans ce projet de Master 2.

A mes collègues de promotion, sans qui l'année aurait été bien plus dure, et bien moins drôle.

A toutes les infirmières, à tous les internes qui ont pris le temps de réaliser les entretiens. Merci pour votre disponibilité. Vous remarquerez que pour une fois, en 1 heure de discussion, je n'ai presque rien dit !

A Pierre-Alexandre, mon éternel colocataire, pour ta patience à chaque fois que j'approche la deadline de rendu de mes projets. Merci pour ta relecture et tes suggestions pertinentes.

A David, mon co-interne préféré, pour ta relecture attentive jusqu'aux moindres détails (2 détails, spécifiquement.), et tes commentaires hilarants

A Amélie, pour ta présence et ton soutien. Sans toi je ne serais pas arrivé au bout de ce travail...
Merci !

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. ETAT DES LIEUX DE LA RELATION ENTRE MEDECIN ET INFIRMIERE	3
1.1. HISTORIQUE DE LA RELATION MEDECIN – INFIRMIERE	3
1.1.1. De l’origine des métiers	3
1.1.2. La construction d’une relation.....	6
1.2. LA SPECIFICITE DE LA RELATION ENTRE LES MEDECINS EN FORMATION ET LES INFIRMIERES	11
1.2.1. Etat de la littérature	11
1.2.2. L’évolution récente de la relation.....	13
1.2.3. Spécificité des internes en chirurgie.....	15
2. UNE ETUDE DE CAS : LA RELATION ENTRE LES INTERNES DE CHIRURGIE ET LES INFIRMIERES DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE DIGESTIVE.....	16
2.1. METHODOLOGIE DE L’ETUDE	16
2.1.1. Choix de la méthode.....	16
2.1.2. Choix du terrain et des participants.....	17
2.2. ANALYSE DES DONNEES	19
2.3. RESULTATS.....	20
2.3.1. Une relation spécifique basée sur une mission commune.....	20
2.3.1.1. Un objectif commun unique, des enjeux majeurs	20
2.3.1.2. L’autonomie de l’infirmière, une spécificité du service de chirurgie	20
2.3.1.3. Des attentes réciproques à la base du travail.....	22
2.3.1.4. La séparation des rôles : une complémentarité nécessaire.....	24
2.3.1.5. Une relation s’inscrivant dans un cadre légal	26
2.3.2. La confiance réciproque comme socle de la relation	27
2.3.2.1. Une confiance construite sur les expériences	27
2.3.2.2. Une confiance par l’intégration au groupe.....	28

2.3.2.3.	Une construction rapide nécessaire.....	29
2.3.3.	La communication comme base-dépendante de la confiance	30
2.3.3.1.	La communication	30
2.3.3.2.	La problématique des sollicitations.....	31
2.3.3.3.	La gestion des conflits	32
2.3.4.	Impact des facteurs sur la relation.....	33
2.3.4.1.	Impact de la charge de travail	33
2.3.4.2.	Impact de la relation humaine.....	35
2.3.4.3.	Impact de la formation	37
2.3.4.4.	Un métier-vocation	38
2.3.5.	Evolution de la relation	39
2.3.5.1.	Des débuts difficiles à une expertise assumée	39
2.3.5.2.	Une relation cyclique	41
2.3.5.3.	La fin de la relation	43
2.3.6.	Le rôle de l'encadrement.....	43
2.3.7.	Deux situations spécifiques :.....	44
2.3.7.1.	La gestion de l'urgence	44
2.3.7.2.	La garde	45
3.	DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	46
3.1.	DISCUSSION.....	46
3.1.1.	Le rapport à la littérature	46
3.1.2.	Les limites de l'étude	47
3.2.	Recommandations	48
	CONCLUSION	48
	BIBLIOGRAPHIE.....	51

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1. Tableau des caractéristiques des individus interrogés.

p.18

TABLE DES FIGURES

Figure 1. Nombre d'employés par classe professionnelle des HUS. Source : *Chiffres clés du CHU Strasbourg 2020*.

p.2

Figure 2. Formes d'intervention médicales. Représentation de la part du traitement et de la part des soins selon la forme d'intervention médicale réalisée. Source : Glouberman, Sholom, et Henry Mintzberg. « Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie », *Gestion*, vol. 27, no. 3, 2002, pp. 12-22.

p.11

GLOSSAIRE

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

FFI : Faisant Fonction d'Interne

HUS : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

MOS : Management des Organisations Médicales et Médico-sociales

INTRODUCTION

L'hôpital public est l'un des piliers du système de santé français. Il soigne quotidiennement des milliers de patients, grâce à l'implication des médecins et des personnels soignants.

Au cours de mes 3 années d'exercice en tant qu'interne de chirurgie, j'ai pu exercer dans plusieurs services de chirurgie digestive. La majeure partie des - innombrables - heures passées à l'Hôpital a été au service, en compagnie des infirmières¹. Ces dernières sont présentes à chaque moment marquant de mon internat. Mon premier patient, ma première prise en charge réussie, mais également lors de ma première réanimation, de mon premier décès. Cette présence constante est à l'origine de relations fortes, mais également source de querelles et conflits.

Je me suis aperçu, au cours des discussions avec mes confrères, issus de toutes les spécialités, qu'ils ont vécu les mêmes histoires, les mêmes situations. L'un raconte comment une infirmière l'a aidé lors de sa garde pour une prise en charge difficile. L'autre raconte les difficultés à la suite d'un conflit. Mais tous parlent de cette relation, vécue au quotidien.

Exerçant à Strasbourg, nous nous intéressons aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS). Grâce aux rapports mis en ligne par les HUS, notamment les *Chiffres clés 2020*, nous pouvons examiner le personnel et sa répartition selon les différentes professions. Nous observons que les étudiants en médecine comptent pour la moitié (52%) des effectifs médicaux. Par ailleurs, les étudiants en 3^e cycle, correspondant aux internes en médecine et en chirurgie, représentent à eux seuls 22% des effectifs médicaux. Finalement, nous constatons que le personnel soignant² représente 64% de la masse salariale non médicale.

Ces chiffres sont comparables à ceux des autres centres hospitalo-universitaires français. Par exemple l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris compte 4000 internes pour un total de 12200 médecins, selon le site officiel.

Outre la question de la part majeure représentée par les étudiants – pour rappel, une entreprise a une capacité d'accueil de stagiaires limitée à 15% de ses effectifs selon l'Article L.124-8 et l'Article R.124-10 du Code de l'éducation – nous comprenons donc l'importance pour la prise

¹ Lire partout : infirmier(e). Le terme infirmière sera régulièrement utilisé, par le caractère exclusivement féminin initial de la profession, et la prédominance féminine marquée persistant de nos jours. Par ailleurs, dans l'étude de cas, nous étudierons une équipe constituée uniquement d'infirmières, justifiant l'utilisation du terme Infirmière à partir de la partie II.

² Lire partout : infirmier(e) et aide-soignant(e)

en charge de la santé des Français des médecins en formation, ainsi que des personnels soignants.



Figure 1. Nombre d'employés par classe professionnelle des HUS. Source : *Chiffres clés du CHU Strasbourg 2020*.

Il m'est alors possible de réaliser une année de recherche, en dehors des HUS. Je choisis de réaliser un Master 2 Management des Organisations Médicales et Médico-sociales (MOS). Les matières abordées, les cours suivis me font réaliser les enjeux de cette relation entre médecins en formation et infirmières.

Nous allons donc nous intéresser à la problématique suivante :

« Quelle est la nature de la relation entre le corps professionnel des soignants et les médecins en formation, et son évolution au cours de l'internat, dans le contexte d'un service de chirurgie digestive à Strasbourg ? »

Dans un premier temps, nous allons nous intéresser à l'état de connaissances sur la relation entre les médecins et les infirmières. Nous examinerons l'origine de la relation, ses évolutions, ainsi que les spécificités de la relation entre les médecins en formation et les infirmières.

Dans un deuxième temps, nous présenterons l'étude de cas réalisée, s'intéressant à la relation entre les internes en chirurgie et les infirmières d'un service de chirurgie digestive. Nous expliquerons le rationnel de l'étude, les méthodes utilisées, et présenterons les résultats.

Dans un troisième temps, nous mettrons en regard les résultats de notre étude aux données de la littérature. Cette discussion permettra d'extraire des recommandations managériales pour les responsables de ces équipes.

1. ETAT DES LIEUX DE LA RELATION ENTRE MEDECIN ET INFIRMIERE

1.1. HISTORIQUE DE LA RELATION MEDECIN – INFIRMIERE

1.1.1. De l'origine des métiers

Nombreux sont ceux qui considèrent Hippocrate comme le premier médecin. Or, selon Sournia (2004) « *la médecine contemporaine assigne probablement à Hippocrate et à son œuvre une trop grande place en raison de l'absence de documents antérieurs. Nous venons de citer quelques philosophes naturalistes et les livres d'Hippocrate reflètent les théories émises par ceux-ci. (...) Ainsi, la Crète possédait une culture et un art spécifiques plusieurs siècles avant les Grecs* ». Comme le note Chaouky (2019), « *Même si les sources littéraires sont rares (Pausanias, Ovide et Plutarque notamment) au sujet des cultes liés à la médecine et aux pratiques de guérison, de nombreuses sources (...) permettent aux chercheurs d'approcher l'exercice d'une protomédecine dès la plus haute Antiquité* ».

L'origine de la médecine est donc incertaine par l'absence de preuves ayant survécu aux ravages du temps. Mais s'occuper de ses compagnons est une préoccupation humaine depuis la préhistoire, comme le montrent des excavations de squelettes portant des traces de guérisons de fractures. Yancey et Brand (1999) citent à cet exemple une conférence de l'anthropologue Margaret Mead :

“I heard a lecture from the anthropologist Margaret Mead. “What would you say is the earliest sign of civilization ?” she asked, (...) “but here is what I believe to be evidence of the earliest true civilization.” High above her head she held a human femur, the largest bone in the leg, and pointed to a grossly thickened area where the bone had been fractured, and then solidly healed. “Such signs of healing are never found among the

remains of the earliest, fiercest societies (...) But this healed bone shows that someone must have cared for the injured person—hunted on his behalf, brought him food, served him at personal sacrifice””.

La guérison d'une fracture du fémur serait ainsi le premier signe de civilisation. En effet, une fracture du fémur implique une immobilisation du blessé, qui est ainsi à la merci des éléments et des prédateurs. Le blessé nécessite donc des soins réalisés par une tierce personne. Ainsi, la capacité à s'occuper d'un blessé, de dédier des ressources mieux employées à sa propre survie à un membre fragilisé de sa communauté, serait le premier signe de civilisation.

Néanmoins, il existe une profonde différence entre la prise en charge d'une fracture du fémur par la réalisation de soins à la personne blessée, et la prise en charge curative de cette même fracture telle qu'elle est possible de nos jours.

La médecine, pour en arriver à nos capacités actuelles, est passée par plusieurs étapes.

Après l'Antiquité, les avancées majeures de la médecine sont réalisées dans le monde arabe. Initialement, nous pouvons citer les noms d'Hunayn ibn Ishaq, d'Qusta ibn Luqa, ayant traduit les œuvres des médecins grecs, notamment Hippocrate et Galien en arabe au IX^e et X^e siècles. Ensuite, les grands maîtres de la médecine du monde arabe comprennent Al-Razi, ayant écrit *Havi seu continens* au X^e siècle ; Abu Al-Qasim, et son encyclopédie *Al-Tasrif*, écrite au X^e siècle et considérée comme fondatrice de la chirurgie moderne ; et Ibn Sina (Avicenne) au XI^e siècle, auteur du *Qanûn* (Canon de la médecine).

Les premières écoles de médecine voient le jour en Europe au Moyen Âge, est ainsi « Mentionnée dès 846, l'école de Salerne, la civitas hippocratica, (...). Dix docteurs sont à sa tête et les examens portent avant tout sur les textes d'Hippocrate, Galien et Avicenne » (Comiti 2007). Les premières facultés de médecine voient le jour au XIII^e siècle, avec notamment la faculté de médecine de Montpellier en 1220³.

Initialement, la médecine est principalement portée sur des soins aux malades. La médecine est sommaire, les espoirs de guérisons faibles. Par exemple, le traitement de la syphilis reposait sur l'injection de Mercure. D'après Tampa et al. (2014) « *Paracelus (1493-1541) was one of the first supporters of the mercury treatment* ». Nous pouvons donc constater, avec les connaissances actuelles, que ces traitements, dont l'efficacité était limitée, portaient des effets secondaires importants, dans ce contexte l'intoxication au mercure, qui est un métal lourd.

³ [800 ans de la plus ancienne faculté de médecine au monde – Université de Montpellier \(umontpellier.fr\)](http://umontpellier.fr)

Les médecins, dont la profession était distinguée des barbiers-chirurgiens, sont formés à prendre en charge des patients qui ont de faibles espoirs de guérison, mais s'attachent à soulager les symptômes. Les barbiers-chirurgiens s'occupent des plaies et fractures, des actes chirurgicaux simples.

En France, cette séparation des métiers est abolie par le décret du 14 frimaire de l'an III, comme nous le retrouvons dans les archives collectées par Le Goff (2005) : « *Le décret du 14 frimaire an III [4 décembre 1794] crée des écoles de santé à Paris, Montpellier et Strasbourg, en remplacement des anciennes facultés de médecine. Les écoles de chirurgie situées à Paris, à Montpellier et à Strasbourg sont supprimées et refondues avec les nouvelles écoles de santé* ». Les chirurgiens et les médecins sont donc formés, à partir du XIX^e siècle, dans les mêmes écoles.

Par la suite, les progrès de la médecine au XIX^e et XX^e siècles permettent d'obtenir des guérisons de plus en plus fréquentes de pathologies auparavant considérées comme fatales. Nous pouvons évoquer la première anesthésie réalisée en 1846⁴, permettant l'élaboration de chirurgies de plus en plus invasives ; la découverte du premier antibiotique en 1928 par Fleming, et bien d'autres.

Par opposition à cette longue histoire de la médecine, la première école d'infirmière est créée en 1878 : « *C'est donc le 1er avril 1878 et le 20 mai de cette même année que s'ouvrent respectivement les écoles des hôpitaux de la Salpêtrière et de Bicêtre : "Ces écoles sont le berceau de la profession infirmière, aussi bien en médecine générale qu'en psychiatrie"* ». (Duboys Fresney et Perrin, 2017). Il faudra attendre le décret du 27 juin 1922, portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles, pour avoir une reconnaissance du diplôme d'infirmier au niveau de l'état.

Pourtant, depuis la fin de l'Antiquité, des soins sont prodigués aux personnes malades, que ce soit par les familles pour les personnes disposant des moyens nécessaires, ou par les ordres religieux. Comme l'expliquent Duboys Fresney et Perrin (2017), « *dans les sociétés occidentales, les soins sont confiés aux ordres religieux féminins qui œuvrent et qui sont hébergés dans des lieux ouverts aux nécessiteux* ».

Nous constatons donc que les soins sont administrés aux patients depuis l'avènement de la médecine, sous sa forme la plus primaire. Par ailleurs, du fait de l'implication des ordres

⁴ [The painful story behind modern anesthesia | PBS NewsHour](#)

religieux féminins, les soins en Europe occidentale sont sous l'égide de l'église, principalement catholique en France. Les origines du métier d'infirmière sont donc marquées par les us et coutumes antérieures, et se ressentent dans les exigences initiales : les infirmières devaient être célibataires et dévouées aux patients, avec la notion de métier-vocation très largement développée. Ce fonctionnement explique en partie la professionnalisation tardive, ainsi que la composition exclusivement féminine initiale. Le contraste avec le métier actuel des infirmières est donc d'autant plus marquant.

Nous allons maintenant nous intéresser à la relation entre les médecins et les infirmières, qui sont les principaux protagonistes dans la prise en charge médicale des patients.

1.1.2. La construction d'une relation

La relation entre les médecins et les infirmières sera abordée depuis la formalisation de ces deux métiers, au courant du XIX^e siècle. La relation est initialement très déséquilibrée. McMahan, Hoffman et McGee (1994) expliquent :

« Physicians were involved in the early development of the nursing profession. Nursing work during the 1800s and early 1900s included improving nutrition and sanitary conditions, factors often more important to the recovery of patients than physicians' efforts (Ashley 1973). Lovell's (1980) study of the medical journals in the late 1800s and early 1900s indicates that physicians worked actively to control nursing. The nurses noted that physician involvement included giving qualifying examinations, serving on nurse registration boards, and influencing hiring at the local hospital. Keddy, Gillis, Jacobs, et al. (1986) conclude that nurses were socialized to the role expectations of following orders and of deferring and showing respect to physicians ».

Les auteurs soulignent l'importance prise par les médecins dans le développement de la profession infirmière. Ils étaient impliqués dans la sélection des candidats, des cursus proposés, jusqu'aux examens réalisés, qu'ils administraient. L'objectif de cette implication était le contrôle de la profession. Les auteurs soulignent en effet que le travail des infirmières au XIX^e siècle, portant principalement sur la nutrition et l'hygiène, était un facteur plus important dans la guérison des patients que le travail des médecins. De ce fait, la relation initiale est marquée par la supériorité des médecins, qui s'octroient une position de pouvoir sur les infirmières. Les médecins considèrent les infirmières comme des subordonnées, devant accéder à leurs requêtes et ordres. Cette hiérarchie est renforcée par des phénomènes liés au genre. En effet, les infirmières sont initialement exclusivement des femmes, alors que les médecins sont

exclusivement des hommes. Étant donné les valeurs sociétales du XIX^e siècle, la relation est encore plus déséquilibrée en faveur du médecin.

D'autre part, le développement de deux concepts majeurs de la médecine moderne vient s'immiscer dans la relation. Il s'agit du *Care* et du *Cure*.

Le « Care », les soins, est défini par l'Académie Nationale de Médecine comme : « *en médecine, ensemble des mesures et actes visant à faire bénéficier une personne des moyens de diagnostic et de traitement lui permettant d'améliorer et de maintenir sa santé physique et mentale* ».

Le « Cure », l'aspect curatif des soins, soit le fait de guérir, est défini comme : « *Délivrer par des soins appropriés d'un mal physique, d'une maladie* » selon le dictionnaire de l'Académie Française.

Ces concepts sont liés au développement de la médecine. En effet, de la théorie des germes au début de l'hygiène, la compréhension débutante des pathologies associée à la découverte de thérapeutiques efficaces, non grevées d'une mortalité importante, permet de guérir les patients de pathologies auparavant létales.

Or, le faible taux de succès de la médecine, décrit précédemment, rendait impossible la dissociation de Care et Cure. Pour expliciter cette idée, nous allons citer Ambroise Paré, chirurgien du Roi, qui au XVI^e siècle prononça ces paroles : « *guérir parfois, soulager souvent, soigner toujours* ». Ces propos illustrent l'importance fondamentale du Care, supplantant l'espoir de guérison par des thérapeutiques inefficaces administrées dans des pathologies incomprises.

Mais le développement accéléré de la médecine par les découvertes des XIX^e et XX^e siècles permet de guérir des patients autrefois condamnés.

Une dichotomie se développe alors entre ces deux concepts. En effet, comme le rapporte Omery (1995) : « *In the 1938 text, Nursing : An Art and a Science, the ability to give "expert care" was a requisite for all professional nurses (...) Care has even been used to explain the essential difference between medical and nursing practice : physicians cure, nurses care* ».

Le rôle du Care est relégué à l'infirmière, dont la profession est définie par les soins qu'elle apporte aux patients, sans pouvoir le guérir. Ce pouvoir, le Cure, est réservé au médecin, qui se pose en instrument de la guérison des patients, par ses connaissances médicales inaccessibles à

l'infirmière. De ce fait, l'autorité du médecin est encore renforcée sur l'infirmière. Comment peut-elle espérer l'égalité, elle qui ne propose que le soin ?

La relation entre l'infirmière et le médecin est donc décrite comme un rapport inégal, avec un médecin possédant le pouvoir de guérison, et une infirmière réalisant les soins, et réduite à exécuter des ordres médicaux. Pour reprendre McMahan, Hoffman et McGee (1994) :

« Institutionalized subservience also is evidenced in the militaristic phrase « following orders, » which nurses generally are expected to do (Lewis 1976 ; Bates 1975). Tellis-Nayak and Tellis-Nayak (1984) observe symbolic domination by the physician over the nurse through violation of the nurses' personal space, devaluation of nurses' time, and inattention to what nurses say. Commentaries and secondary sources focus on issues of unequal address (i.e., physicians address nurses by their first names, while physicians are addressed by title), and verbal abuse by physicians, reflecting the nursing profession's concern with a structure that supports a submissive subordination ».

Ce passage évoque l'inégalité, l'asservissement institutionnalisé des infirmières, obtenue par des formulations telle « suivre des ordres », mais également une domination symbolique des infirmières par les médecins, les auteurs citent par exemple la violation de l'espace personnel, l'absence d'écoute, et le fait de s'adresser à l'infirmière par son prénom alors que le médecin est adressé par son titre. Certaines de ces pratiques, notamment concernant les noms et les titres, s'observent encore de nos jours.

Cette relation inégale est également illustrée par le “jeu du Docteur et de l'Infirmière” de Stein (1967) :

« The object of the game is as follows : the nurse is to be bold, have initiative, and be responsible for making significant recommendations, while at the same time she must appear passive. This must be done in such a manner so as to make her recommendations appear to be initiated by the physician ».

Nous observons ici l'extrême auquel nous amène l'inégalité de cette relation : l'infirmière doit donner des recommandations, un avis au médecin, de façon courageuse et avec initiative, tout en apparaissant passive, de sorte que la recommandation semble être à l'initiative du médecin. En clair, le « jeu » amène une infirmière expérimentée, ayant une idée pour améliorer la prise en charge, à se soumettre à des artifices pour ne pas vexer le médecin dans sa position de toute puissance. Nous pouvons imaginer les conséquences néfastes pour la qualité de la prise en charge par l'absence de communication ouverte, puisque cette dernière est bridée par la relation

entre les deux parties. Stein (1967) soumet l'hypothèse de cette position de toute puissance médicale dans l'ego médical : « *He sees himself as a warrior against death and disease. When he loses a battle, through no fault of his own, he nevertheless feels pangs of guilt, and he relentlessly searches himself to see if there might have been a way to alter the outcome. For the physician a mistake leading to a serious consequence is intolerable, and any mistake reminds him of his vulnerability* ».

Nous voyons donc, comme discuté précédemment, l'origine de la position médicale dans cette position du guerrier, quasiment mystique, opposé à la maladie, et vainqueur de la mort. Le médecin ne peut s'autoriser d'erreur. Pourtant, les erreurs sont issues de la nature même de l'être humain, qui ne peut être parfait. Cette impossible injonction à la perfection serait donc à l'origine de cette position de toute puissance, qui ne pourrait être remise en question par une infirmière, sous peine de voir s'écrouler la façade construite par le médecin.

Cette profonde inégalité de la relation médecin-soignant est remise en question depuis les années 1980, principalement par le début des unités de soins intensifs. En effet, le niveau de soins très techniques, et les spécificités médicales de ces services, ont amené l'émergence d'un corps d'infirmières spécialisées. Ces infirmières accumulaient des compétences qui étaient, sur certains aspects techniques, égales ou supérieures à celles des médecins. Ce développement des compétences amène à une réduction des différences de savoir entre les métiers. Le médecin n'est plus sur un piédestal inatteignable. Par nécessité, la relation se transforme. Ashworth (2000) écrit : « *Many critical care nurses now have the kind of relationships with doctors and other health professionals which are necessary to achieve that in critical care ; relationships where there is mutual respect and recognition of each other's expertise even when the inevitable disagreements based in different perspectives occur* ».

Nous observons là le changement de paradigme qui s'opère à l'orée du XXI^e siècle. Les compétences propres des infirmières, leur expertise concernant les soins des patients sont reconnus. La hiérarchie entre les métiers, autrefois en faveur des médecins, s'efface, sans avoir disparu à ce jour. Une collaboration, plutôt qu'une relation supérieur-subordonné, se met en place. J'ai pu observer cela lors de mes années d'exercice en tant qu'interne : aujourd'hui, le médecin ne fait pas partie de la ligne hiérarchique du corps infirmier, qui passe par le cadre de santé et le cadre supérieur de santé, sans implication directe des médecins du service. La relation hiérarchique directe d'antan, lorsque le médecin était supérieur officiel de l'infirmière, n'existe plus.

Par ailleurs, les infirmières sont invitées à prendre part aux décisions impactant leur travail. Ainsi, Schnepel et Stopfkuchen (1993) écrivent : « *To increase a climate of trust and mutual respect, is not only the responsibility of the physicians but the responsibility of the nurses, too. Nurses have to fight for their right to participate in the decision-making processes within the organization of the unit, the hospital and the healthcare system* ».

Dans cet article, les auteurs concluent donc à la nécessité de l'implication non seulement des médecins, mais également des infirmières dans le développement de la relation de confiance et de respect mutuel entre les deux corps de métiers. Ce phénomène est actuellement observé, avec l'implication de plus en plus active des infirmières dans les réunions de service, dans l'élaboration des protocoles de soins, mais également la prise en compte de leur avis dans les affaires relevant de l'organisation de l'hôpital.

Nous avons donc observé une professionnalisation du métier d'infirmière, ainsi qu'une affirmation, une revendication de son expertise et de ses compétences. Les infirmières sont de plus en plus indépendantes de l'autorité médicale, et de plus en plus impliquées dans la gestion du système de santé.

Finalement, la dichotomie entre Care et Cure est également réduite. En effet, l'opposition historique de ces deux termes prend son origine à une autre époque, avec des systèmes de santé différents, mais également des valeurs très différentes. De nos jours, guérir un patient sans prendre en charge sa douleur, sa fatigue, l'aspect psychologique de la maladie semble impossible et inenvisageable. Le cursus des études médicales s'oriente de plus en plus sur une approche biopsychosociale des patients. Ainsi, comment considérer que l'infirmière ne joue pas de rôle dans la guérison des patients, alors qu'elle administre les traitements à l'origine de celle-ci ?

Ainsi, De Valck et al (2001) écrivent : « *Our two-dimensional solution suggests that care and cure attitudes complement each other rather than that they compete each other* ». Ces propos illustrent le paragraphe précédent : il n'y a pas d'exclusivité, de compétition entre Care et Cure. Ce sont 2 aspects complémentaires de la prise en charge de nos patients, et nous ne pouvons ignorer l'un au profit de l'autre sans perdre une part essentielle de nos métiers respectifs. Ainsi, Glouberman et Mintzberg (2002) proposent une classification des interventions médicales selon la part impliquée de traitement et de soins dans le schéma suivant :



Figure 2. Formes d'intervention médicales. Représentation de la part du traitement et de la part des soins selon la forme d'intervention médicale réalisée. Source : Glouberman, Sholom, et Henry Mintzberg. « Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie », *Gestion*, vol. 27, no. 3, 2002, pp. 12-22.

Nous pouvons donc conclure que de nos jours, soin et traitement sont effectivement liés, indissociables, et l'un et l'autre nécessaires à la bonne prise en charge des patients.

Nous avons donc discuté de l'origine des métiers de médecins et des infirmiers. Nous avons ensuite abordé la construction de la relation, des débuts difficiles avec une domination franche des rapports par le corps médical, jusqu'à l'évolution actuelle tendant vers une disparition de la hiérarchie.

Nous allons maintenant nous intéresser à la spécificité de la relation entre les médecins en formation et les infirmières.

1.2. LA SPECIFICITE DE LA RELATION ENTRE LES MEDECINS EN FORMATION ET LES INFIRMIERES

1.2.1. Etat de la littérature

Nous appellerons, à partir d'ici, les médecins en formation « internes ».

La première recherche Google « relation interne infirmière »⁵ trouve de multiples résultats sur les rapports hiérarchiques précédemment décrites, ainsi que sur les liaisons amoureuses supposées fréquentes.

⁵

<https://www.google.com/search?q=relation+interne+infirmiere&oq=relation+interne+infirmiere&aqs=edge..69i57.5958j0j1&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

La littérature scientifique sur la nature de la relation spécifique entre les internes et les infirmières, est assez pauvre. Concernant le développement de la relation, nous pouvons citer l'article de Feldman, Cousins et Grimaldi (1981). Ils décrivent 4 phases du développement de la relation dans une unité de psychiatre : « 1. *The Honeymoon Phase* 2. *The Testing Phase* 3. *The Cohesive Phase* 4. *The Separation Phase* ». Ces phases sont liées à la rotation des internes, réalisée dans la plupart des systèmes de santé. Cette rotation est retrouvée en France. Au cours de mon expérience personnelle, j'ai pu exercer en 3 ans au sein de 5 services de chirurgie différents, avec un changement de poste tous les 6 mois. Ce changement d'interne est noté dans les phases du développement de la relation, puisqu'il est observé une phase de séparation, qui est annonciatrice de l'inexorable changement d'interne. Ce changement régulier est réalisé pour nous permettre d'observer et de pratiquer les nuances de la médecine et de la chirurgie, chaque service ayant ses habitudes et protocoles propres. Notre vision de la médecine est ainsi plus grande, plus ouverte à d'autres pratiques.

La transformation d'un étudiant en un médecin est décrite par Conrad (1988) :

« Examining these four accounts gives us some insight into the meat-grinding process. Medical school does an excellent job at imparting medical knowledge and technique, but is inadequate in conveying humane and caring values. There is precious little in medical education that facilitates humanistic medical care. Technological medicine, with its disease orientation, myriad lab tests, complex interventions, and "fix-it" mentality, pays scant attention to teaching about doctor-patient relations. The medical student's life of long hours, sleep deprivation, excessive responsibility, and dealing with unreflective and arrogant superiors inhibits the growth of compassion and empathy. Our medical training system, with its emphasis on facts and technical interventions, produces competent and knowledgeable physicians but not caring doctors ».

En somme, les études de médecine apprennent aux étudiants les connaissances médicales, les aspects techniques, mais ne sont pas adaptées pour enseigner les valeurs humaines et de Care. Les relations médecin-malade ne justifient pas de grande attention. Par ailleurs, la dure vie des étudiants de médecine inhiberait l'apparition de compassion et de l'empathie.

Cette étude date des années 80. Les études de médecine ont depuis évolué, avec l'apparition de nouvelles connaissances, et un intérêt majoré à l'aspect Care des soins. Cette transition du Cure exclusif, à une association du Cure et du Care, avait été abordée plus tôt, lors de la description de la construction de la relation (1.1.1). Dans les faits, cette réorientation s'appuie sur

l'intégration de principes du Care aux cursus, avec par exemple des cours sur la construction de la relation médecin-malade.

La relation interne-infirmière à proprement parler n'est traitée que par quelques articles dédiés, datant principalement des années 80. Cette relation est principalement abordée dans les articles cités en 1.1.2, concernant les relations médecin-infirmière, sous la forme de paragraphes courts s'intéressant à la spécificité des internes. Par ailleurs, la majorité des articles que nous avons pu trouver datant des années 70 et 80, au vu de l'archivage non informatisé de l'époque rend leur accès très compliqué. Finalement, l'évolution de la relation entre le médecin et l'infirmière décrite précédemment a forcément eu un impact sur la relation entre les internes et les infirmières. Des études plus récentes pourraient donc amener une lumière sur l'évolution des études de médecine et de la relation entre les internes et les infirmières.

En revanche, nous pouvons citer de multiples articles récents portant sur la communication, et les programmes de développement de celle-ci, entre les internes et les infirmières. Nous aborderons ces articles dans la partie suivante, s'intéressant à l'évolution de la relation au cours de ces dernières années.

1.2.2. L'évolution récente de la relation

Les évolutions récentes de la relation entre les internes et les infirmières, même si elles sont peu décrites, suivent la dynamique générale de la relation médecin-infirmière. Nous observons donc une relation moins basée sur des rapports hiérarchiques et le suivi des ordres du médecin, et prenant en compte l'expertise de l'infirmière et ses compétences propres.

Ceci est d'autant plus marqué que les internes sont en cours de formation, et ne disposent pas encore de toute l'expérience d'un médecin senior. La balance de la relation tend alors, du moins initialement, à tendre en faveur de l'infirmière. Cette tendance est à l'encontre de tout ce qui a été discuté précédemment. En effet, nous devons reconnaître des compétences de l'infirmière, le développement conséquent de leur formation, et la possibilité de spécialisations complémentaires telles que l'infirmière de bloc opératoire diplômée d'état, l'infirmière anesthésiste diplômée d'état, et les infirmières en pratique avancée. Il est alors évident qu'un jeune interne ne disposera pas de la même expérience que l'infirmière, et ne pourra plus assoir son autorité sur cette dernière comme cela était fait auparavant.

L'un des points clés développé ces dernières années, dans la relation interne-infirmière, est la coopération entre les deux corps de métier. Celle-ci est facilitée par la communication. Nous pouvons citer de multiples articles traitant ce sujet depuis 2010.

En effet, se sont développés de nombreux programmes pour la promotion de la communication entre les internes et les infirmières. Ces programmes consistent habituellement soit en un module de cours sur la communication, soit en des journées d'immersion. Ces journées d'immersion consistent à faire suivre une infirmière référente par un interne, afin que ce dernier se rende compte des réalités de son travail : les conditions, la charge de travail, les habitudes. Certains programmes prévoient également des journées d'immersion des infirmières auprès des internes. Ainsi, nous pouvons citer l'article de Monroe et al (2021) « *This reciprocal nurse–resident shadowing experience led to a significantly better understanding of roles, workflow, and barriers to communication for interprofessional team members* ».

Les conclusions sont en faveur d'une amélioration de la compréhension des rôles respectifs, de la charge de travail, ainsi que d'une réduction des freins à la communication. Ces constatations doivent amener à une amélioration de la prise en charge des patients.

De façon similaire, Smith et al (2018) publient :

« We found that the implementation of scheduled face-to-face nurse-resident patient communication sessions and the use of communication notebooks for all non-urgent messages resulted in significant increases in the perceived collaboration and communication between nurses and residents. (...) We also noted important discrepancies between perceptions of communication and teamwork between the 2 groups ».

Smith et al rapportent donc que des séances de communications présentielle entre les internes et les infirmières, ainsi que des nouvelles méthodes pour la gestion des communications non-urgentes, permettent d'améliorer la collaboration perçue et la communication entre les deux groupes. Ils notent par ailleurs une différence dans la perception de la communication et du travail d'équipe entre les deux groupes.

Nous pourrions également citer les articles de Allenbaugh et al (2019), Brinkman et al (2006), Walsh et al (2017). Ces articles travaillent tous sur la communication entre les internes et les infirmières, sous la forme précédemment décrite de journées d'immersions ou de modules complémentaires de communication.

Ces dernières années nous observons donc l'évolution de la relation par le développement toujours plus important de la communication, afin de permettre une coopération toujours plus efficace.

Mais ces études, si elles amènent des idées novatrices et d'une utilité future certaine, ne s'intéressent pas à la nature intrinsèque de la relation entre les internes et les infirmières. Par ailleurs, nous n'avons pas trouvé au cours de nos recherches d'articles portant sur l'évolution de la relation entre les 2 groupes au cours de l'internat.

Ainsi, la relation spécifique des internes en chirurgie avec les infirmières n'est pas abordée dans la littérature récente.

1.2.3. Spécificité des internes en chirurgie

La spécificité des internes en chirurgie est abordée dans l'introduction de l'article de Smith et al (2018) « *Communication between residents and nurses on the surgical unit is challenging for numerous practical and social reasons. General surgical units have a high turnover of acutely ill patients, and face-to-face communication is limited due to residents' commitments to caring for patients in the operating room, clinic, and emergency department concurrently* ». En effet, l'interne de chirurgie, en comparaison à l'interne de médecine, doit assurer de multiples missions de façon simultanée. Il lui est demandé de réaliser le suivi des patients au service, et d'assister au bloc opératoire. Il doit également gérer les patients se dégradant de façon imprévue, ainsi que les avis spécialisés demandé pour les patients consultant aux urgences ou hospitalisés dans d'autres services de l'hôpital. Ces multiples rôles ont pour conséquence un temps de présence au service largement réduit par rapport à un service de médecine à effectifs équivalents. Par ailleurs, l'interaction entre les chirurgiens et les infirmières est historiquement une relation de domination du chirurgien sur l'infirmière, renforcée par les phénomènes liés au genre, la profession chirurgicale étant de prédominance masculine, et la profession infirmière étant de prédominance féminine.

L'article de Braun et al (2015) confirme ce phénomène historique, mais le modère par la féminisation progressive des métiers chirurgicaux : « *Although the doctor-nurse relationship has historically been a male-female relationship characterized both as patriarchal and as dominant-subservient, the increasing number of female physicians in recent decades has altered this dynamic* ». Par ailleurs, l'article relève le manque de littérature concernant les interactions entre les chirurgiens et les infirmières en dehors du bloc opératoire.

Nous observons donc plusieurs faits :

- Un manque de littérature récente concernant la nature de la relation entre les internes et les infirmières,
- Un manque de littérature concernant l'évolution de relation entre les internes et les infirmières au cours de l'internat
- Et l'absence de littérature sur les relations entre les chirurgiens et les infirmières en dehors du bloc opératoire, et par conséquent entre les internes en chirurgie et les infirmières.

Ces constatations nous amènent naturellement à l'étude de cas réalisée pour ce mémoire. Nous allons détailler le choix du terrain, les méthodes utilisées, et les résultats obtenus.

2. UNE ETUDE DE CAS : LA RELATION ENTRE LES INTERNES DE CHIRURGIE ET LES INFIRMIERES DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE DIGESTIVE

2.1. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

2.1.1. Choix de la méthode

Au vu des points abordés précédemment, nous décidons de réaliser une étude portant sur la relation entre les internes en chirurgie et les infirmières. Nous allons étudier la nature de la relation, ainsi que son évolution au cours de l'internat.

Nous faisons le choix de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-directifs enregistrés. Nous choisissons l'entretien semi-directif puisqu'il doit « *collecter de nouvelles informations en étant suffisamment ouvert pour pouvoir repérer les facettes méconnues du phénomène qu'il étudie* » (Fenneteau, 2015). Dans notre situation, nous connaissons la relation générale entre le médecin et l'infirmière. Nous souhaitons mettre en lumière les spécificités de cette relation dans un contexte spécifique. Ce choix nous paraît donc adapté.

Les entretiens sont réalisés sur la base d'un guide d'entretien (Cf Annexe I). Ce guide d'entretien « *est rédigé avant l'entretien et comporte la liste des thèmes ou des aspects du thème qui devront avoir été abordés avant la fin de l'entretien. Comme tout memento, il doit être facilement et rapidement consultable : détaillé et précis mais avec des notations brèves et claire* » (Combessie, 2007).

Nous faisons le choix d'interroger les internes en chirurgie et les infirmières à partir du même guide d'entretien, et écrivons donc ce dernier en conséquence. Le guide d'entretien est également adapté au cours des différents entretiens, en fonction des réponses des interviewés.

Par ailleurs, le nombre d'entretien réalisé permet d'obtenir saturation, avec les internes ainsi qu'avec les infirmières.

2.1.2. Choix du terrain et des participants

Nous faisons le choix de travailler uniquement sur la relation entre les internes en chirurgie et les infirmières du service d'hospitalisation conventionnelle. Comme cela avait été discuté dans l'introduction, c'est en leur compagnie que les internes passent le plus de temps, sur le lieu de travail. Par ailleurs, nous souhaitons explorer la relation de l'interne en chirurgie avec l'infirmière de service, en comparaison à l'interne de médecine. L'exploration de la relation entre l'interne de chirurgie et l'infirmière spécialisée au bloc opératoire⁶ ne rentre donc pas dans ce cadre, mais pourra faire l'objet d'un travail ultérieur.

Notre choix se porte sur un service de chirurgie digestive, au sein d'un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU). Le choix de ce terrain répond à plusieurs besoins.

Tout d'abord, il s'agit d'un service en CHU. Nous serons donc en présence d'un nombre suffisant d'internes affectés à ce service, issus des facultés de médecine françaises. En comparaison, un centre hospitalier régional dépend pour ses effectifs médicaux de Faisant Fonction d'Interne (FFI), habituellement issus de formations médicales en pays étranger. Cela induirait un biais, puisque le sujet choisi est sur les médecins en formation issus de la formation française. L'étude de la relation entre les internes, les FFI et les infirmières pourra être réalisée dans des travaux ultérieurs.

Ensuite, les infirmières du service présentent des profils multiples. Nous trouvons de jeunes infirmières, récemment sorties de l'Institut de Formation aux Soins Infirmiers, jusqu'aux infirmières en fin de carrière.

Finalement, ce service nous permettra d'explorer la spécificité de la relation entre les internes de chirurgie et les infirmières. Il n'y a pas, ce semestre, d'internes hors spécialité chirurgicale. Les tâches des internes de chirurgie sont celles attendues dans un service de chirurgie : une ligne de garde quotidienne, permettant la gestion des consultations d'urgence et les avis

⁶ Communément appelé IBODE, Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

spécialisés en chirurgie digestive en journée, les avis spécialisés la nuit ; la gestion d'un service d'hospitalisation conventionnelle avec réalisation de la visite et des prescriptions, des documents médicaux et administratifs ; ainsi que l'assistance des praticiens et chefs de clinique au bloc opératoire.

Les interviewés sont sélectionnés au sein de l'équipe actuelle.

Les profils sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Code	Fonction	Sexe	Ancienneté	Date entretien
IDE1	Infirmière	Féminin	5 ans	28.07.2022
IDE2	Infirmière	Féminin	7 ans, 15 ans aide soignante	31.07.2022
IDE3	Infirmière	Féminin	5 ans	03.08.2022
IDE4	Infirmière	Féminin	10 ans	04.08.2022
IDE5	Infirmière	Féminin	2 ans	05.08.2022
IDE6	Infirmière	Féminin	12 ans	16.08.2022
Int1	Interne	Masculin	6e semestre de chirurgie digestive	02.08.2022
Int2	Interne	Féminin	4e semestre de chirurgie digestive	03.08.2022
Int3	Chef de clinique	Masculin	10 semestres de chirurgie digestive en tant qu'interne. Première année chef de clinique	04.08.2022
Int4	Interne	Féminin	4 semestres chirurgie digestive	12.08.2022
Int5	Interne	Masculin	4e semestre de gynécologie-obstétrique. 1er semestre de chirurgie digestive	18.08.2022
Int6	Chef de clinique	Masculin	10 semestres de chirurgie digestive en tant qu'interne. Première année chef de clinique	18.08.2022

Tableau 1. Tableau des caractéristiques des individus interrogés. Codage des interviewés.

Les internes sont interrogés, avec 4 répondants sur 5 internes présents. Ces internes sont à des stades différents de leur internat. Par ailleurs, un des internes suit une formation de gynécologie-obstétrique et réalise un semestre obligatoire de chirurgie digestive. Deux chefs de clinique sont interrogés. Ils sont dans leur première année post-internat, et nous apporterons un recul sur l'internat dans sa globalité.

Les infirmières sont sélectionnées sur la base de la disponibilité et du volontariat au sein de l'équipe. Les entretiens sont menés jusqu'à saturation, obtenue après 6 entretiens. Les profils sont variés. Les effectifs infirmiers interrogés représentent le tiers des effectifs infirmiers des secteurs d'hospitalisation conventionnelle.

2.2. ANALYSE DES DONNEES

Après réalisation des entretiens, ils sont retranscrits dans leur intégralité. Les textes sont ensuite relus à plusieurs reprises, et les verbatims sont extraits et codés. Le codage des verbatims est réalisé de la façon suivante : pour le 4^e verbatim de l'entretien avec l'individu codé IDE2, nous codons IDE2-4.

Au cours du découpage des entretiens selon les verbatims, nous débutons l'analyse des données.

Cette analyse est inspirée par la lecture du *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer* (Lejeune 2019) et par les catégories conceptualisantes de Paillé et Mucchielli (2021) : « Dans la mesure où la catégorie conceptualisante « fait sens », décrit un phénomène d'un certain point de vue et donne lieu à une définition (cf. plus loin), elle a les propriétés synthétique, dénominative et explicative d'un concept (sans en avoir la rigidité, puisqu'une catégorie est une entité en devenir) ».

Nous construisons initialement un tableau, dont un exemple vierge est à retrouver dans les annexes (Annexe II). Nous débutons l'analyse par l'attribution d'une étiquette aux extraits. Un extrait du tableau traitant du premier entretien est joint en annexe (Cf annexe III). Après cette étape intermédiaire d'étiquetage, nous commençons à voir émerger les catégories conceptualisantes. Nous reprenons les catégories conceptualisantes pour les articuler. L'articulation des catégories, les interactions des différentes propriétés relevées de la relation médecins en formation-infirmières sont à l'origine des résultats présentés ci-dessous.

2.3. RESULTATS

Dans les résultats, nous utiliserons interne pour parler des médecins en formation - internes en chirurgie, et infirmière(s) pour parler du corps infirmier du service.

2.3.1. Une relation spécifique basée sur une mission commune

2.3.1.1. Un objectif commun unique, des enjeux majeurs

La relation entre l'interne et l'infirmière est basée sur un objectif commun. Cet objectif sous-tend l'ensemble des interactions, et sera le fil rouge de notre analyse.

L'objectif commun de l'interne est **la prise en charge sécurisée des patients** du service : Int4-19 « *on arrive à un commun accord entre guillemets de ce qui est bien à faire pour le patient* ».

Il ne s'agit donc pas d'une simple relation entre collègues de travail, mais d'une collaboration étroite d'êtres humains, permettant de prendre en charge d'autres êtres humains. Int 4-40 : « *Heureusement, tant qu'on s'occupe d'humains, que ce soient les humains qui s'occupent des humains* ».

Le travail commun n'a, par ailleurs, pas uniquement pour vocation de prendre en charge correctement. Il s'agit également **de ne pas mettre en danger le patient**, par une erreur non corrigée, une inattention, ou un défaut de communication : IDE2-75 75 « *on travaille tous pour la même chose donc je vais pas laisser quelqu'un comme ça, dans l'ignorance ou le laisser faire une connerie, si tu sais que, bah non, tu peux mettre en danger un patient, ben non* ».

Nous comprenons donc l'importance de cette relation pour les protagonistes, au vu des enjeux qui la sous-tendent.

Nous allons maintenant nous intéresser à la spécificité du service de chirurgie.

2.3.1.2. L'autonomie de l'infirmière, une spécificité du service de chirurgie

Il est observé une **différence fondamentale** entre la médecine et la chirurgie. Cette différence se porte principalement sur **la présence médicale** : IDE1-16 « *en médecine, il y a toujours un médecin* ». Cette différence de temps de présence est expliquée par la charge de travail du chirurgien : IDE2-34 « *je me disais oui, c'est plus compliqué le rapport avec les chirurgiens. Par rapport au métier, déjà (...). Effectivement, ils sont beaucoup plus stressés. Toujours à*

courir, être au bloc, pas beaucoup en service, moins disponible quand il y a des presses⁷, (...) donc pour nous c'est plus compliqué à gérer que dans un service de médecine ».

De ce fait, la relation est ressentie comme plus difficile, moins fluide qu'en médecine. Néanmoins, nous observons que la présence médicale constante n'apporte pas que des avantages : IDE5-9 « *les prises en charge sont difficiles ici, mais au (service de médecine) c'était bien compliqué aussi. (...) Quand j'y étais, il y avait encore 15000 internes là-bas. Tout le monde se mélangeait les pinceaux. Certains, ils avaient machin et machin, d'autres patients, donc tu pouvais pas lui poser des questions à lui ».*

Étant donné la faible présence des internes, la relation est donc modifiée. Un des aspects les plus marquant est **l'autonomie de l'infirmière**. Cette autonomie lui est demandée par les internes : Int1-18 « *une infirmière en chirurgie digestive doit aussi être assez autonome parce qu'effectivement, on est pas tout le temps dans le service, on fait beaucoup de blocs ».*

Cette autonomie se trouve principalement dans la gestion du service habituel, hors urgences. Du côté infirmier, **l'autonomie de travail** ainsi que **l'expertise** qui en découle est revendiquée: IDE6-33 « *Parce que vous êtes au bloc. C'est pas comme en médecine, en général les médecins, ils sont quand même plus disponibles que vous, vous êtes au bloc, vous avez les réunions. On est quand même plus autonome en chirurgie que dans d'autres unités je trouve ».*

Cette autonomie va se traduire par une **prise d'initiatives** de l'infirmière : IDE2-66 « *je pense qu'effectivement, c'est de prendre les initiatives. (...) Mais là je suis en train de faire un truc important, le doliprane je suis capable de le donner, tu me prescriras plus tard, si c'est prescrit, tu vois ça évite d'être ennuyé, embêté pour rien toutes les 5 min ».*

Mais cette autonomie demandée, nécessaire, peut être source d'angoisse pour l'infirmière, qui doit prendre seule des décisions impliquant potentiellement la sécurité du patient. Cette autonomie peut alors se traduire par une **sensation de solitude**, d'abandon, et est exacerbée par le manque d'expérience d'une jeune infirmière, ou des conditions d'isolement physique, telles que la garde. IDE1-87 « *Quand tu débutes les nuits, c'est un peu angoissant parce que t'es toute seule, tu te dis bah voilà, est-ce qu'il faut que je prévienne, est-ce que faut pas (sic) que je prévienne, il faut... ».* Finalement, **l'autonomie n'est pas illimitée**. L'infirmière a conscience de son rôle, et dépend de la présence de l'interne dans certaines situations : IDE2-6 « *quand il*

⁷ Presses signifiant prescriptions dans le langage courant du service

y a des situations qui sont compliquées où il faut être assez rapides et réactifs où tu sais que bah là tu vas pouvoir compter sur l'interne, parce que t'as tes propres limites ? »

Le travail va donc s'organiser en fonction de la présence de l'interne, et se baser sur des **attentes réciproques** permettant un bon fonctionnement.

2.3.1.3. Des attentes réciproques à la base du travail

Les attentes réciproques sont basées sur un fait majeur : la **compétence présumée**.

Le travail doit être fait, puisque la **non-réalisation des tâches met en danger le patient**. Il est donc attendu que l'interne et l'infirmière accomplissent leur devoir. Cet accomplissement est attendu **peu importe la charge de travail** subie : Int6-18 « *Moi je suis prêt à entendre qu'il y ait trop de boulot pour faire des choses et tout. Mais au moins que le travail soit fait dans les deux sens et voilà* ».

Par conséquent, la différence entre un jeune et un vieil interne est faite sur l'expérience, la vitesse de travail. Les compétences médicales attendues, s'il est admis qu'un vieil interne sera plus efficace, sont identiques. **Il est attendu que l'interne ait les compétences médicales adaptées** à son statut : IDE1-30 « *il faudrait que tous les internes soient vraiment, pas calés, mais qu'ils aient toutes les connaissances qu'il faut pour être dans un service comme ça* ».

La gestion de l'urgence particulièrement n'admet pas l'incompétence : IDE1-27 « *si il se passe quelque chose, il faut que l'interne soit là et qu'il réagisse comme s'il avait des années d'expérience* ». Une des principales attentes concernant les compétences médicales est également la **conscience de ses limites**. Il ne faut pas mettre en danger les patients par excès de confiance. Int1-28 « *J'estime que le jeune interne, s'il sait pas faire, il fait pas ou il pose la question* ». La capacité de **demandeur de l'aide** est attendue et estimée, au contraire d'un interne qui fait sans savoir et met en danger les patients et ses collègues. IDE2-16 « *y a des jeunes internes qui n'ont pas eu peur de me demander (...) qui ne se sentent pas embêtés de demander à une infirmière dire bah voilà, écoute là, y a des choses que je connais pas* ».

Il est **admis** qu'un interne débutant **n'ait pas les mêmes capacités** qu'un interne en fin de cursus, mais cela fait partie du processus de formation : Int6-57 « *au début t'es pas un danger public parce que tu vas juste, je pense, mettre plus de temps à faire ton taf* » ; IDE1-31 « *tout le monde doit apprendre* ». Cette **expertise médicale**, dans la conscience de ses capacités ainsi que de ses limites, est nécessaire. Elle permet de gérer les urgences, en réassurant l'infirmière

par l'apport des connaissances, de réponses : Int3-9 « *Je pense qu'elles attendent aussi l'expertise médicale, pour être rassurée en cas de souci, ou de patient qui va pas bien* ».

L'ensemble des compétences de l'interne permet de faire fonctionner le service : IDE3-21 « *Vous êtes là que dès qu'on a des questions, vous êtes là pour répondre, vous nous dites quoi faire. Enfin qu'à la fin de la journée, moi j'aimerais que tous les problèmes pour chaque patient soient réglés* ». Par ces attentes, nous voyons apparaître une **injonction à la disponibilité et à l'efficacité**. L'infirmière attend de l'interne une réactivité en toutes circonstances, indépendante de sa présence au service : IDE2-2 « *qu'il soit disponible quand on a une problématique avec un patient, déjà, (...) quand on va avoir quelque chose qui se passe avec un patient, quel qu'il soit* ». Par ailleurs, le fonctionnement sans accrocs du service est considéré comme **normal**, et **impacte négativement** la relation si il n'est pas possible : Int1-34 « *ça les gêne pas parce qu'elles aiment bien quand ça tourne et quand t'es vieil interne bah finalement elles savent que tu fais tourner les choses et que tu peux le faire donc c'est un peu plus bonne ambiance dans ce sens-là* ». **Ces attentes sont lourdes à porter** pour un interne débutant et font peser un poids sur la relation. Int3-17 « *Je pense qu'elles ont tendance à attendre peut être un peu trop des internes et notamment des premiers semestres* ».

Le poids de ces attentes est exacerbé par la nécessité d'une **efficacité dès la prise de fonction**, puisque l'hôpital public ne peut s'arrêter, et qu'aucun aménagement n'est prévu dans l'activité du service. IDE6-68 « *c'est qu'on demande à l'interne d'être efficace à J0 en fait (...) Oui, alors qu'ils connaissent rien. Après ça va, je pense qu'on est quand même indulgentes aussi. Tu vois, on sait bien que c'est compliqué* ».

Au vu des attentes à son égard, l'interne est **demandeur d'une valorisation**, d'être considéré à ce qu'il estime être sa juste valeur. Au cours des entretiens, l'interne fait part de la sensation que **son travail est considéré comme un dû** : Int5-53 « *C'est comme si on était attendu un peu, une denrée obligatoire qui doit ? Ouais un peu, il faut être là, il faut être disponible et il faut pouvoir le faire* ».

Ces attentes sont observées, dans une forme de réciprocité, dans le travail de l'infirmière. En effet, les internes attendent de l'infirmière que le travail soit fait : Int3-5 « *Qu'elle puisse faire son tour des patients correctement (...) on n'est pas infaillible sur les prescriptions, donc s'il y a un souci, pouvoir le rattraper aussi. (...) Enfin, pas juste appliquer bêtement ce qui est prescrit, réfléchir un peu, connaître les pathologies* ». Ils attendent de l'infirmière, outre son autonomie, une **réflexion autonome** associée à une **implication active** dans les dossiers des

patients. Int2-4 « *Qu'elle connaisse le patient (...) Et qu'elle ait un regard critique envers les prescriptions, mais pas de manière trop excessive* ».

Finally, the nurse is assigned a role of ultimate verification, of **barrière à l'erreur médicale** : Int1-8 « *Pas qu'elle corrige mais c'est quand même la dernière barrière, c'est elle qui va distribuer le traitement* ».

L'absence de lien hiérarchique entre les 2 parties est également un point fondamental dans la relation : Int2-2 « *c'est un échange, tu travailles ensemble et pas c'est pas moi qui donne des ordres et puis elle obéit, c'est elle, elle me donne des infos, elle me donne ses impressions. Moi je lui dis mes impressions, je lui explique les choses médicales où elle a peut-être pas les éléments* ». Du fait de cette absence de hiérarchie, nous voyons émerger la nécessité du **respect mutuel** et d'une **communication intelligente**. En effet, comment assurer la coopération de deux corps de métiers différents, sachant que ni l'un ni l'autre ont le pouvoir d'imposer une décision ? IDE5-40 « *le truc qui reste important pour moi, c'est le respect mutuel entre l'interne et l'infirmière, chacun sait l'autre et l'écoute, et voilà... l'entraide... Même si des fois il y a de la fatigue et de l'énerverment et plein de choses* ».

La communication réciproque est nécessaire, et est à l'origine d'une **écoute respectueuse**. Cette écoute permet l'implication des deux parties dans les dossiers des patients. Int3-3 « *Ce qui faisait que ça se passait bien, c'était de pouvoir discuter professionnellement des dossiers* ».

Nous voyons donc apparaître deux métiers distincts, définis par des attentes différentes. Les rôles attendus de l'un et de l'autre présentent une complémentarité nécessaire, que nous allons explorer.

2.3.1.4. La séparation des rôles : une complémentarité nécessaire

La séparation des rôles est assumée par les deux parties. Il ne s'agit pas de faire à la place de l'autre, ou de faire mieux. Il s'agit de **faire ce qui est nécessaire**, avec l'autre, pour arriver à une **prise en charge globale et complémentaire** : Int5-62 « *Deux personnes qui travaillent ensemble, qui font 2 métiers qui sont extrêmement différents. L'un qui applique, l'autre qui a la responsabilité. Mais en même temps, ça s'entrecroise aussi* ».

Cette séparation des rôles peut s'analyser selon deux axes. Le premier est celui de la **responsabilité**. Si cette dernière est partagée dans la prise en charge des patients, la **responsabilité médicale** est à l'origine de la **capacité décisionnaire du médecin**. Int1-88 « *Donc le rôle de décision médicale, il reste pour toi chez les internes et les chefs, en*

l'occurrence ? Mais ça reste vraiment médical. (...) Chez le médecin quoi. (...) Même si la décision infirmière elle a quand même une décision médicale, mais dans les situations de routine ». Cette responsabilité est liée aux études réalisées, et inscrite dans la nature du rôle.

Avec **cette capacité décisionnaire**, le rôle de l'interne s'inscrit dans **une capacité de gestion, de management** des situations. Il lui est demandé de donner une marche à suivre : Int4-13 « *l'interne a un rôle un peu de gestion médicale, avec des instructions à donner, et que les infirmières, qui sont plus proches des patients dans la journée aussi, qui sont plus à leur côté, à leur chevet, elles vont avoir le rôle, enfin de réalisatrice, en fait, de ce que tu as demandé de faire ».* Cette capacité est reconnue par l'infirmière : IDE1-52 « *on connaît vraiment pas tout. Vous avez quand même beaucoup plus de connaissances que nous ».*

De cette capacité émane un **respect pour la fonction du médecin** : IDE3-36 « *vous êtes quand même les médecins, nous les infirmières, donc on va pas vous manquer de respect ou moi je vais jamais me permettre de m'énerver contre un grand chef ».*

On peut donc supposer le rôle de l'infirmière réduit à une simple exécution des tâches. Mais il est bien plus complexe. Les infirmières revendiquent en effet **une expertise de la pratique**, une expertise des situations : IDE4-16 « *Moi ça fait 10 ans que je travaille, quand j'appelle un interne pour un pansement ou un truc, c'est que je sais qu'y a quelque chose, y'a un truc qui va pas ».* Cette expertise est reconnue par l'interne : IDE6-10 « *Après en général, vous nous laissez faire ce qu'on sait faire ».*

Par ailleurs, leur fonction implique une présence constante auprès du patient, et lui confère donc un **rôle d'observation** de ce dernier : IDE6-5 « *finalement, nous, l'infirmière, c'est l'observatrice. Nous, on est tout le temps avec les patients dans les chambres, et vous passez que très peu de temps »* ; IDE1-61 « *nous on est, on est plus sur le terrain et du coup, vous, enfin grâce à nous, entre guillemets, bah vous savez plein de choses que si on n'était pas là, bah vous saurez pas quoi ».* Ainsi, par cette présence constante auprès du patient, elles le connaissent, et sont donc capables de voir des modifications de son état avant l'interne. Elles sont donc nécessaires pour la surveillance rapprochée du patient, qui n'est pas réalisable par l'interne, dont les multiples tâches excluent une présence constante au chevet du patient.

Nous voyons maintenant apparaître le second axe de séparation des rôles. Il suit les lignes du Care et du Cure. En effet, la proximité de l'infirmière avec le patient, son rôle propre, lui donnent **une approche centrée sur le Care**. Int4-5 « *c'est vraiment eux qui sont plus proches des patients que nous. Parce qu'au final, nous on passe faire la visite le matin mais c'est eux*

qui passent plus de temps avec le patient ». Les internes, en revanche, ont **une approche centrée sur le Cure** : Int4-9 « *c'est vrai qu'on a plus le côté médical quand on s'occupe d'un patient, donc parfois elles ont l'impression que, comme on passe pas trop, on s'en occupe pas trop* » ; IDE2-46 « *Vous opérez, vous êtes là sur une pathologie, un organe* ».

Cette différence d'approche, cette différence de rôle est à l'origine d'une **interdépendance**. Int4-15 « *chacun a des rôles définis qui font que nous on fait pas ce qu'elles font et elles ne font pas ce qu'on fait et du coup chacun sait à quoi il doit s'en tenir* ». Il est impossible de travailler sans l'autre : IDE1-51 « *[l'infirmière] collabore avec un interne. Pour moi, en fait, sans interne, nous on peut pas avancer. Mais sans infirmière, l'interne ne peut pas vraiment avancer non plus. Tu vois, c'est vraiment un travail en collaboration* ».

La question de la responsabilité médicale, abordée plus haut, rappelle que la relation s'inscrit dans un cadre légal.

2.3.1.5. Une relation s'inscrivant dans un cadre légal

Les métiers de la santé sont régis par un cadre légal strict. Ce cadre légal définit les capacités de l'interne, de l'infirmière, les actes qu'ils peuvent réaliser, déléguer ou qui leur sont interdits.

L'un des points majeurs concerne la prescription médicale. L'interne a une capacité de prescription supervisée, l'infirmière est tenue de réaliser les prescriptions dans des conditions fixées par la loi (Article R4311-7 du Code de la Santé Publique) : « *L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale (...)qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin* ». Cette loi est reconnue par les deux parties : IDE3-31 « *Dans notre boulot, voilà, on a interdiction de faire quoi que ce soit sans prescription médicale écrite* ».

Or, dans le service de chirurgie, un contournement de cette règle est rendu nécessaire par la faible disponibilité de l'interne : IDE2-42 « *Et que dans la réalité du travail tu dis bah non, bah là tu te rends compte que oui mais un patient si tu y vas pas lui filer un antalgique parce que ton chirurgien est au bloc et il y a personne qui prescrire, il va souffrir, donc tu vas lui filer quelque chose en sachant que tu sais que t'es pas dans le cadre légal* ».

La réalisation de prescriptions sans écrit est réalisable d'après la loi, mais nécessite un engagement de la responsabilité de l'infirmière : IDE1-97 « *après c'est ta responsabilité (...) même si, j'étais pas sûre à 100% de ce que l'interne me dit et que je le fais, après, c'est ta parole*

contre la sienne quoi. (...) Je me protège aussi un petit peu parce que sans prescription, t'es pas censé administrer quoi. Après on parle de prescription orale, mais c'est oral. Les paroles s'envolent quoi ». Par ailleurs, une infirmière débutante, par sa formation, **n'osera pas sortir**, initialement, du **cadre légal protecteur** : IDE2-41 « *le cadre légal, tout ce qu'on nous a appris à l'école, tout ce qu'on bourre dans le crâne. Attention ça, parce que pas sans presse, pas sans presse* ».

Au vu de ces considérations, nous comprenons donc que l'autonomie de l'infirmière, sa capacité à prendre de initiatives, à réaliser des prescriptions orales, dépend d'une propriété majeure de la relation : **la confiance**.

2.3.2. La confiance réciproque comme socle de la relation

La **confiance réciproque** est l'un des fondamentaux d'une relation interne-infirmière. Nous observons d'ailleurs que l'absence de confiance vient impacter le travail de l'infirmière : IDE3-9 « *les gens que je connais pas et ben je vais plus me méfier quoi, essayer plutôt de voir avec un chef à côté pour être sûr* ». L'infirmière, pour se protéger, **fera valider** la prescription par un médecin senior⁸. Au contraire, la confiance que peut avoir une infirmière en son interne viendra **faciliter la réalisation** des prescriptions orales : IDE4-46 « *c'est pas que je leur fais moins confiance, mais c'est normal que tu vas plus faire confiance à ce qu'un ancien interne va te dire, qu'un tout jeune. Mais ce qu'il va te dire c'est sûrement juste, hein, mais ?* »

Nous allons alors nous interroger sur les conditions de construction de la confiance.

2.3.2.1. Une confiance construite sur les expériences

Les **capacités perçues** sont la base de cette confiance. Selon la perception des compétences, si la personne est estimée capable, elle sera **digne de confiance**. Cette évaluation concerne l'interne : Int1-35 « *Elles savent que tu prends les décisions qu'il faut prendre, donc elles ont plus confiance* », mais également l'infirmière : Int2-57 « *si je sais qu'elle travaille bien et qu'à chaque fois qu'on parle, je sais qu'elle voit bien le patient et qu'elle détecte bien les choses, je lui fais confiance* ».

Par ailleurs, la confiance est construite par des **expériences partagées**. Ainsi, l'exercice commun, au sein d'un même service, va forger la confiance par les épreuves traversées : IDE1-26 « *on a peut-être pas forcément autant de confiance que si c'est un interne qui est là depuis*

⁸ Lire médecin thésé – ayant fini sa formation.

quelques années ». Cette confiance se base également sur **les expériences antérieures**. Un jeune interne se sentira soumis à un test : Int6-2 « *c'est tout le temps « on a pas confiance en toi », on te voit arriver, moi j'en ai rarement qui m'ont aidé au début* ». Au contraire, **l'expérience acquise** par les années de travail **est récompensée** par une confiance renforcée : IDE4-43 « *si t'as une infirmière qui a un peu plus d'expérience, tu vas forcément lui faire plus confiance. Comme nous, on fait plus confiance à un vieil interne* ».

La confiance en soi, si elle doit être mesurée pour ne pas exposer au risque d'erreur, est un des éléments de la construction de la confiance : Int4-79 « *la confiance en soi aussi. Parce que tu débarques, quand t'es premier semestre du moins, t'essayes de sauver un peu les meubles quoi* ». Le déficit d'expérience initial ne permet pas une **assurance convaincue de ses capacités**, une certitude de savoir quoi faire. IDE4-55 « *S'il a de l'assurance, s'il dit, voilà, c'est comme ça. (...) Si c'est vraiment un jeune, je vais quand même lui dire de vérifier si c'est un truc que je trouve bizarre quoi* ». Cette assurance en ses propres capacités va **augmenter la capacité** de l'autre à **faire confiance**.

La confiance est également construite par la **capacité à écouter l'autre** : Int2-13 « *si tu les écoutes pas, elle peut pas te faire confiance parce qu'ils ont l'impression que tu prends pas compte de ce qu'elles disent* ». Il s'agit de respecter l'avis, les compétences de l'autre.

Tous ces phénomènes se font dans les deux sens. La confiance de l'interne en son infirmière dépend de la confiance de l'infirmière en l'interne, et réciproquement.

Finalement, la **connaissance de ses limites** est essentielle à la construction de la confiance : Int2-15 « *si t'as un bon comportement dès le départ avec les infirmières et que t'as pas peur d'appeler ton chef quand tu sais pas quand t'es jeune pour justement savoir ce qu'il faut faire et pas rester comme ça, avoir aucune réponse pour les infirmières, mais les infirmières savent qu'elles peuvent te faire confiance* ». L'absence de réponse, ne pas savoir n'est pas un problème, si la limite est reconnue et le comportement adapté : il faut savoir **demander de l'aide**.

Mais la confiance ne se construit pas seulement entre deux personnes, mais également entre la personne et le groupe.

2.3.2.2. Une confiance par l'intégration au groupe

L'intégration globale au groupe est l'un des facteurs de la construction de la relation. Les premières rencontres sont des points clés de l'intégration. De plus, les **retours d'expériences rapportés** par les collègues sont à l'origine d'a priori IDE3-91 « *il faut que chacun se fasse sa*

propre idée, mais c'est sûr qu'on te dit déjà à l'avance, bon, ben lui, il est pas très futé bah t'as déjà ton petit apriori, c'est sûr ». Forcément, ces a priori vont **impacter l'approche** de l'interne par l'infirmière : IDE4-57 « *Et ceux des autres unités, (...) si t'en as une qui me dit ah, c'est qui la garde cette nuit ? C'est machin ? Ah, tu verras, il est bien ! Ben pareil, je vais avoir plus de facilité à l'appeler. Ou que si on me dit bah franchement bah lui le dérange pas parce que voilà...* ». La confiance en l'interne se base également sur la confiance qui lui est attribuée par ses chefs : IDE3-16 « *le fait que les chefs vous font confiance aussi. Tu vois ça se voit aussi* ».

2.3.2.3. Une construction rapide nécessaire

La construction rapide de la confiance est une nécessité au vu des enjeux sous-jacents : IDE1-64 « *Parce que j'ai quand même la vie d'un patient quoi ? Moi, j'ai pas envie de prendre... Parce que après bah moi j'administre quelque chose où je ne suis pas sûre, je préfère être sûre et avoir quand même un avis d'un chef, quoi* ».

Il s'agit donc de faire confiance, rapidement pour pouvoir fonctionner, mais sans tomber dans les excès de la confiance aveugle : Int2-5 « *Dans le sens où elle doit me faire confiance, mais effectivement, il faut qu'elle contrôle aussi ce que je fais, même si à la base c'est pas trop sa fonction* ». **La confiance ne remplace pas une réflexion individuelle.**

La confiance réciproque entre les deux parties **impacte le travail réalisé et les comportements** adoptés : IDE3-53 « *j'ai l'impression qu'au bout d'un moment, l'interne se comporte différemment parce qu'il apprend à me connaître par exemple. Et qu'il sait que par exemple il peut me faire confiance pour certaines choses ou pas* ».

Par exemple, l'absence de confiance va entraîner une **remise en question** des instructions de l'interne, ou des informations transmises par l'infirmière : IDE1-63 « *Moi si j'ai un interne qui débute, et si j'ai une question et je suis pas très sûre de sa réponse, des fois je vais pas me gêner et appeler le chef de clinique quoi* » ; IDE1-94 « *si vraiment c'est, on va dire quelque chose qui peut attendre le lendemain (...) Et bah, j'attendrai le lendemain, je ferai pas ce que l'interne me dira de faire* ».

Ces constatations confirment donc l'importance de la communication et de l'écoute dans la relation. Nous voyons apparaître **l'ambivalence la confiance dans la communication** : elle est à la fois dépendante de la communication, et à l'origine de la qualité de la communication, par l'écoute qu'elle permet.

2.3.3. La communication comme base-dépendante de la confiance

2.3.3.1. La communication

La communication est essentielle entre l'interne et l'infirmière, puisqu'elle est la pierre d'angle de la relation entre les soignants et les médecins. IDE6-42 « *vous êtes notre référent quand même. Même, les chefs passent le soir ou quand il y a vraiment un gros souci, on peut les appeler, on sait que en général ils sont dispos, mais c'est quand même vous, notre référent principal* ».

La communication se démarque principalement par son absence : sans communication efficace, le travail efficace est inenvisageable : IDE1-53 « *la première chose qui est très importante pour que notre relation en fait fonctionne bien, c'est la communication. Si y a pas de communication, pour moi ça peut pas marcher* ». Par ailleurs, cette communication doit être **intelligente** : elle se base sur un **vocabulaire partagé**, et la **nécessité de comprendre et faire comprendre** le message transmis.

En effet, l'absence d'écoute, le fait de ne pas arriver à convaincre son interlocuteur de l'urgence d'une situation, par exemple, est à l'origine d'une incompréhension, d'un sentiment d'abandon. De plus, il peut y avoir un **impact négatif sur le patient** : IDE2-8 « *tu te retrouves avec des situations compliquées de prise en charge, où toi tu sens que là t'as le patient, ça va pas, mais t'es pas suffisamment entendu quoi ou écouté. Où l'interne, tu vois, il arrive pas trop à se dire bah oui mais toi, tu penses que c'est urgent, lui pas trop* ».

Il est en effet relevé l'indispensable compréhension des informations. Par exemple, l'infirmière ne réalisera pas un acte sans comprendre l'objectif de celui-ci : IDE1-57 « *moi en tant qu'infirmière, j'ai besoin de savoir pourquoi on fait tel et tel examen pour tel ou tel patient* ».

Cette communication est sous deux formes : une forme est **ritualisée**, par des réunions quotidiennes, des temps de travail partagés. L'autre forme de communication est **spontanée**, au fur et à mesure de la journée. Elle est sous la forme de **sollicitations**, physiques ou téléphoniques, pour obtenir des réponses à des questions plus ou moins urgentes.

Finalement, l'**expérience permet d'améliorer la communication** : IDE1-56 « *bien souvent les débutants on va dire ils communiquent pas assez* ». Il est également noté la **nécessité de réciprocité** de la communication : IDE1-58 « *Comme dit pour moi, c'est une boucle. Enfin voilà, c'est un échange permanent dans un sens, mais comme dans l'autre* ».

2.3.3.2. La problématique des sollicitations

La capacité à **prioriser les questions**, à savoir quand appeler ou non, est exigée de l'infirmière : Int1-21 « *l'infirmière qui va savoir appeler quand c'est vraiment une urgence, quand il faut appeler, mais qui saura temporiser les choses qu'on peut temporiser jusqu'à ce qu'on revienne du bloc* ». Or, cette capacité à identifier l'urgence est **difficile**, et implique la **responsabilité** en cas **d'erreur**. Le nombre de sollicitations dépend donc de l'expérience, de l'autonomie de l'infirmière : IDE1-86 « *Après quand tu débutes forcément, tu vas appeler plus de fois l'interne, même les nuits* ». Initialement, les internes acceptent ces appels fréquents : Int4-60 « *si elle est jeune infirmière, forcément c'est pas qu'on acceptera plus de questions, mais on sera plus tolérant sur le nombre de sollicitations inutiles* ».

Mais très rapidement, une évolution est attendue, avec une réflexion nécessaire avant l'appel. De même, il est attendu que les premiers gestes pour une urgence soient réalisés. Ces constats renvoient à la notion de **communication intelligente**. IDE1-89 « *peut-être que je vais plutôt bien examiner le patient, c'est-à-dire, signes cliniques, prise de constante tout ça, avant d'appeler un interne* ».

La raison de cette **tolérance initiale**, rapidement évanouie, est liée à **la charge de travail**, voire la surcharge, engendrée par les appels : Int3-8 « *t'es interrompu toutes les 2 secondes, c'est impossible de travailler correctement dans un environnement comme ça* ». Le **dérangement permanent** engendré par les sollicitations va impacter le travail de l'interne. L'infirmière va donc essayer de **prioriser les appels**. Les internes vont par ailleurs **évaluer la compétence** de l'infirmière par sa capacité à appeler pour des **urgences vraies** : Int4-51 « *après la confiance, moi je trouve que c'est au quotidien, en fait dans la justesse, en fait, des sollicitations et des interrogations vis-à-vis du patient* ».

La perception de la compétence va amplifier le phénomène : une infirmière **considérée juste** dans ses appels sera pardonnée d'un appel « futile », et sera plus écoutée lors d'une urgence : Int4-50 « *Et si une telle infirmière avait dit que ça n'allait pas, on serait pas venu en courant. Heureusement, c'était une infirmière avec qui on avait confiance et on savait qu'elle nous appelait pour les bonnes raisons, qu'en fait, on a couru pour voir ce qu'il y avait* ».

Nous pouvons donc observer le **risque d'erreur lié à un défaut de confiance, de communication**. Ces erreurs sont principalement liées à des **différences d'évaluation de l'urgence**, qui est évaluée différemment selon le rôle et l'expérience.

Cette différence de perception est l'une des origines possibles des conflits entre les internes et les infirmières.

2.3.3.3. La gestion des conflits

Nous pouvons donc évoquer plusieurs origines aux conflits. Le **manque de respect** est l'une des premières. Ce manque de respect perçu peut être lié à une absence d'écoute, à un énervement dû à la surcharge de travail ou à la fatigue.

L'autre cause possible de conflit est la **différence de perception d'une situation**, habituellement, l'un perçoit l'urgence, l'autre non, ou une prescription inhabituelle à laquelle l'interne et l'infirmière ne trouvent pas d'accord. En cas de **différence de perception**, le conflit est résolu par le recours à une personne faisant office d'autorité. Il peut s'agir d'un ancien interne : Int1-95 « *Du coup, maintenant je suis cet interne plus âgé que les infirmières appellent quand les jeunes internes prennent des décisions qui ne conviennent pas à l'infirmière* », ou d'un médecin sénior.

Dans le cas du recours à une tierce personne, les infirmières peuvent **éviter la confrontation** par le recours direct à un médecin senior. Cette solution n'est que peu acceptée par les internes : Int1-99 « *En cas de problématique, c'est l'interne qui va voir le chef* » ; Int1-100 « *et c'est très agaçant d'avoir une infirmière qui parle directement au chef, c'est pas son rôle* ». Un **ordre établi** existe, et doit être respecté, il y a une « bonne façon de faire les choses » : Int1-101 « *C'est comme ça que ça se passe. C'est une hiérarchie (...) Parce que l'interne peut déjà prendre des décisions avant le chef et il filtre finalement les choses qui vont remonter au chef* ».

La gestion du conflit par manque de **respect perçu** est profondément liée à la gestion des émotions, à la fatigue et à la surcharge de travail : IDE2-106 « *Je dis, on se respecte, on a le droit d'avoir nos humeurs, ça c'est la vie, c'est le quotidien à l'extérieur, mais il y a un respect. Voilà, c'est pour moi, c'est un manque de respect. Y a un respect à avoir. On travaille ensemble* ». Ces conflits sont résolus par la discussion à distance de l'évènement, mais dans la situation aiguë, ils n'ont pas forcément de solution immédiate.

Le recours à un **tiers-médiateur** pourrait présenter un intérêt, mais il est vécu comme **une inutile** et à l'origine **d'une perte de temps**. La relation privilégiée interne-infirmière devrait suffire, selon eux, à résoudre les différents : « *Int1-104 « Enfin y a pas intérêt que finalement, prévenir le cadre oui, mais finalement, qu'est-ce qui se passe ? Le cadre vient nous voir, donc je veux dire enfin que soit le cadre qui me le dise ou l'infirmière ça, pour moi ça ne change rien. Le cadre c'est pas mon chef hein donc ?* ». Par ailleurs, l'absence de relation hiérarchique

directe entre les supérieurs des infirmières et des médecins ne permet pas d'assurer, par l'intervention d'une tierce personne, l'adhésion de tous les protagonistes.

La gestion du conflit se fait donc à **l'échelle interpersonnelle** principalement, avec la possible implication d'une **autorité supérieure** pour trancher les différences d'opinion.

2.3.4. Impact des facteurs sur la relation

2.3.4.1. Impact de la charge de travail

Nous avons vu l'impact de la charge de travail sur les conflits, et revenons donc sur son impact plus global. La charge de travail est **majeure** pour les deux parties, et impacte la capacité à la collaboration.

Comme nous l'avons vu dans les attentes réciproques, la charge de travail **ne doit pas impacter** l'exécution des tâches. Cette nécessité est exacerbée par la situation d'urgence : Int1-86 « *Mais dans une situation d'urgence c'est pas une question de lui rajouter ou pas du travail. C'est une question de qu'est-ce qu'il faut qu'il soit fait pour le patient, donc là c'est différent* ».

La charge de travail sera néanmoins prise en compte par l'interne et l'infirmière, dans les sollicitations et prescriptions respectives : IDE4-76 « *ça s'est facile. Déjà parce que moi je suis là à 10h, je rentre chez moi, je dors la journée, je suis tranquille. Vous vous êtes là toute la journée, les gardes de week-end, je trouve ça encore pire, parce que ceux qui font V-D (vendredi dimanche), je trouve ça horrible. Vous êtes là tout le temps. Donc si déjà je sais que tu peux dormir je vais pas t'appeler* ».

Il faut néanmoins noter une **différence fondamentale** dans le temps de travail : l'interne travaille jusqu'à 24h d'affilé sur une garde, et fait régulièrement des journées longues de 12 à 14h, alors que les postes infirmiers sont définis et peu de dépassements sont observés. Cette différence est comprise de tous, et incluse dans la définition des rôles : Int4-68 « *Non pas du tout, parce que c'est comme ça, c'est leur contrat de travail. C'est comme ça que c'est défini, en fait. Ça me choque pas de voir 3 infirmières différentes pour le même secteur quand t'as fait toute la journée et tu enchaînes sur la nuit jusqu'à 22 heures, parce que t'as pas fini* ».

Les infirmières font preuve d'une certaine considération pour la **fatigue engendrée** : IDE3-19 « *qu'il faut pas non plus trop vous en demander parce que je pense que vous avez un rythme horrible* ».

Malgré cela, l'infirmière dépend de la **validation** par l'interne de prescription, et s'il le fait par oral, mais ne peut avancer sans accord. Sa charge de travail sera majorée par la non-réponse de

l'interne, et à **l'origine d'un retard**. Il faut également noter que ce retard est ressenti par le patient, qui va s'en plaindre à l'infirmière, puisqu'elle est la personne la plus présente.

Cette notion va impacter la relation entre l'interne et l'infirmière. En effet, une sollicitation semblant futile pour l'interne peut avoir un impact majeur sur la charge de travail de l'infirmière : IDE3-108 « *pour un repas, ben vous c'est un truc complètement idiot, futile, on s'en fout, mais pour nous ça va nous retarder dans plein de choses quoi* ». Or, comme abordé précédemment, la multiplication des sollicitations qui découle de cette nécessité de validation va engendrer une surcharge de travail pour l'interne. Paradoxalement, l'interne ne perd pas de temps à temporiser la situation : Int5-17 « *L'interaction avec l'infirmière ? Non pas du tout parce que si tu sais pas tu fais bah, « je suis désolé j'ai pas le temps ok ? » Et elle temporise, ou elle fait l'appel à un ami. Donc non, ça ralentit pas* ».

Par ailleurs, la non-réponse à une requête de l'interne sera vécue comme un abandon : Int1-50 « *Et ça, c'est clairement sciemment, parce que c'est un acte qu'elles ne veulent pas rajouter, elles ne veulent pas se rajouter du travail. Ce que je peux comprendre dans un sens, parce que, parfois y'a beaucoup de travail aussi, elles sont aussi en sous-effectifs* ».

Nous sommes à nouveau face à la problématique du risque encouru par le patient. La non-réalisation d'un acte, compréhensible s'il est non urgent, est inacceptable pour l'interne s'il s'agit d'une urgence : Int1-56 « *je suis désolé si t'as pas le temps, c'est pas, dans un sens, c'est pas mon problème* ».

Cette différence de perception, de compréhension de la charge de travail est majorée par l'égoïsme de chacun : Int2-95 « *je sais qu'ils ont une charge de travail importante, mais tu vois, elles ont une dizaine de patients, nous on en a 19, sans compter des patients qu'on suit à l'extérieur, sans compter des blocs où on doit être concentré.* » ; IDE2-37 « *Nous, on voit obligatoirement, chacun se regarde le nombril, on voit notre taf donc obligatoirement oui, moi je suis frustrée des fois parce que y a des choses que j'aimerais avancer dans mon travail, même si on fait clairement que 8h par jour, mais c'est hyper condensé, on a un rythme totalement différent* ».

Cette incompréhension peut être à l'origine de conflits. Nous voyons encore une fois **l'importance de la communication, de l'écoute, de la confiance** entre les deux parties, pour **comprendre au mieux** la charge de travail et les nécessaires adaptations, les possibilités de décaler ou non un examen : Int1-53 « *une infirmière qui est surbookée, et ça m'est arrivé plusieurs fois, qui veut pas piquer un bilan biologique en urgence, parce qu'elle dit non, j'ai*

plein de choses à faire, j'ai pas le temps de maintenant, je t'expliquerai plus tard. Ben plus tard, des fois ça passe et des fois plus tard c'est pas possible. Enfin des fois non, c'est maintenant ».

Un autre élément qui entre en compte dans la compréhension de la charge de travail est la relation interpersonnelle, humaine, entre l'interne et l'infirmière.

2.3.4.2. Impact de la relation humaine

La relation humaine entre interne et infirmière se base sur plusieurs concepts :

- la **compétence professionnelle est primordiale**, l'efficacité est recherchée : IDE3-66 « *Je préfère largement qu'il soit pas très gentil mais efficace* ». La **compétence** professionnelle est quasiment **un prérequis** pour qu'une relation humaine positive puisse se développer : Int3-37 « *Et donc peu importe en fait les capacités humaines de base, à partir du moment où tu bosses correctement, il y a une probabilité que les gens s'entendent bien avec toi parce que en fait t'es dans un environnement hyper professionnel* ».

- le **respect des conventions sociales** : IDE4-64 « *c'est la façon de parler, tu vois quand t'es sous tension parce que tout le monde est un peu sous pression machin, mais comment tu t'adresses aux gens... Ca va commencer une relation qui va être sur la nuit, bonne ou mauvaise* ». En ce sens, le **premier abord** de la relation commence par une **présentation** : IDE6-67 « *Quand ils arrivent le premier jour et qu'ils se présentent, ça fait déjà toute la différence. Moi je leur dis tout le temps, présentez-vous à tout le monde, ça fait toute la différence, un sourire* ».

- les **affinités personnelles** ont également leur importance : on n'apprécie pas chaque personne à même hauteur : Int6-95 « *contre c'est pas parce que t'es au boulot que tu dois être forcément hyper ami avec tout le monde* ».

La réalisation d'activités extérieures permet **d'améliorer la connaissance** de l'autre : IDE3-1 « *mais la relation, elle s'améliore quand aussi tu le vois à l'extérieur, tu fais des autres trucs, t'es pas que en train de parler boulot tout le temps parce que, quand tu te connais un peu différemment à côté, et ben ça permet de plus se faire confiance et de se connaître mieux quoi* ».

Cette relation humaine a un impact sur la relation professionnelle :

- La **communication** est impactée, de façon positive ou négative : Int3-31 « *mais si tu t'entends pas avec quelqu'un la communication est plus difficile. T'es moins à l'écoute* ».

- La **patience** et la prise en compte de la charge de travail sont facilitées lorsque la relation humaine est bonne : Int5-45 « *Ah bah oui, parce que tu es de bonne humeur. Parce que t'as plus de patience. Quand y'a quelque chose qui se passe pas bien, tu prends le temps, si tu sais, tu prends le temps d'expliquer* ».
- La bonne relation va motiver les parties à **aller au-delà du devoir**, à faire un extra, alors qu'une relation neutre ou défavorable ne fera réaliser que le minimum : Int5-55 « *Un petit geste en plus, aller un peu plus loin que ce qui était demandé et ce que ce qu'elles attendent de toi, parce que ça se passe bien* ».
- **Dans l'urgence**, la facilitation de la communication, la patience à l'égard de l'autre permettent une **meilleure gestion de la situation** : Int1-42 « *donc dans ces moments là, finalement c'est bien d'avoir une infirmière avec qui on s'entend bien. Au moins elle sait que bon, là tu sais où tu vas, elle va faire tout de suite* ».

Les aspects positifs de la relation humaine favorable ne doivent néanmoins pas faire oublier la nécessité d'une **juste distance**, évoquée par les deux parties. Cette juste distance permet d'éviter d'impacter la qualité du travail de façon défavorable, de se laisser prendre par le piège du **favoritisme**, de la **confiance aveugle** : IDE6-24 « *Je trouve que c'est plus compliqué quand tu es ami à l'extérieur et que tu travailles ensemble, que, finalement, que quand t'es « que » collègue de boulot* ».

La distance nécessaire est soulignée dans la nécessité de **mettre le patient avant tout** : Int2-49 « *il faut quand même essayer de garder une mini distance rien que pour protéger le patient* ».

Le point le plus primordial de la relation humaine semble donc être **d'améliorer l'ambiance** : Int4-97 « *les compétences interpersonnelles, enfin le caractère de la personne du coup, en fait, vient en bonus, s'il y a pas tu fais avec. Mais que s'il y a, c'est ça qui va faciliter en fait la construction de la relation, parce que tu vas aborder plus facilement* » ; **sans impacter négativement le travail** : Int4-69 « *j'estime savoir faire la part des choses dans quelqu'un que j'apprécie pas forcément, mais on est là pour le patient et que du coup on est là pour travailler* ».

Par ailleurs, le regard de l'autre est pris en compte dans la relation : IDE5-25 « *si j'ai des nuits pourries, des trucs et tout, je demande à mes collègues le lendemain, écoute, j'ai bien fait de l'appeler, et bien fait de ... Y a quand même quelque chose qui n'allait pas ? Voilà des fois j'ai besoin d'être rassuré là-dessus* ».

D'ailleurs, la **peur d'être perçu comme incompetent** peut amener à des **artifices** pour projeter une **image** de compétence et de confiance en soit : Int4-33 « *tu passais par une formulation, un peu détournée, au début, pour camoufler du coup ton inexpérience et pour obtenir en fait les informations que l'infirmière va te donner par rapport à ce qu'on fait d'habitude* » ; Int5-101 « *Et d'être perçu en tant que tel. Pour moi, c'est la pire des choses. On peut dire plein de choses et je m'en fous. Mais le « ah non, j'ai pas envie de travail avec, il est nul » pour moi, c'est la pire des choses* ».

La **perception d'incompétence** est la **pire qui puisse être imaginée**, et est liée à la **compétence présumée** : comment pourrais-je travailler avec quelqu'un qui n'est pas efficace ? Et si je ne suis pas efficace, comment les autres pourraient-ils travailler avec moi ?

Finalement, la relation humaine permet surtout **de supporter un environnement adverse**, lié à la charge de travail, à la violence des situations rencontrées. Ainsi, la bonne ambiance engendrée par les relations humaines permet de supporter la surcharge de travail : IDE2-108 « *J'ai besoin, déjà que le boulot est très prenant et moi j'ai besoin d'un environnement, en tout cas relationnel, serein parce que notre travail n'est pas serein. On est toujours en train de courir, donc mon cerveau il est sur tous les fronts, et si en plus y'a ça ...* » ; ainsi que les **événements traumatisants** liés à la prise en charge de patients : IDE6-55 « *c'est l'humain. On travaille avec de l'humain. Et puis l'hôpital, je pense que ça renforce encore les liens parce que ben tu as des choses compliquées, donc forcément, ça renforce encore plus les liens* ».

2.3.4.3. Impact de la formation

La formation initiale des infirmières ainsi que des internes ne suffit pas à la prise de fonction. La formation de l'interne est largement axée sur la théorie, il doit apprendre la pratique alors qu'il est en fonction : IDE2-77 « *y a plein de choses que tu sais pas parce que t'apprends sur le tas, entre la théorie et la pratique, on est complètement dans 2 univers différents quoi* ».

Il est donc **attendu** qu'un jeune interne soit déboussolé, et qu'il nécessite un temps de formation. Cette formation informelle est réalisée par ses co-internes, les infirmières ainsi que les médecins séniors : IDE3-79 « *ça me dérangerait pas si un jeune interne est perdu et qu'il sache pas quoi faire. Même si c'est flippant mais compréhensible* ».

Ainsi, le **compagnonnage** réalisé par les anciens internes est remarqué : IDE1-40 « *je veux pas dire les anciens mais en fait je trouve que tu vois, vous les prenez un peu, enfin vous, c'est vous en fait qui donnez un peu l'exemple* ». Les infirmières **transmettent** à l'interne des **habitudes** de services, les protocoles et les us et coutumes : IDE1-47 « *nous ici en général, on donne tel*

et tel médicament pour telle et telle pathologie. On fait tel ou tel examen, tu vois, c'est des fois c'est vrai que nous on dit en fait la procédure qu'on fait ».

De son côté, l'interne, par ses connaissances théoriques, pourra expliquer à l'infirmière, surtout si elle est inexpérimentée, les pathologies et leurs implications physiopathologiques, les traitements réalisés au service. **L'apprentissage et l'enseignement sont donc**, comme beaucoup d'autres aspects de la relation, **réiproques**.

Tous soulignent la nécessité de se former **sur le temps personnel**, pour améliorer sa compréhension des pathologies et des traitements rencontrés : Int6-103 « *il faut bosser à côté, la médecine et compagnie, la chirurgie* ».

Il est néanmoins noté que l'implication et l'écoute de l'apprenant impactera la volonté de lui transmettre sa connaissance : IDE6-19 « *en général quand ils sont sympas, on leur apprend des choses. Moi, je vais plus prendre le temps avec un interne de premier semestre qui m'écoute* ».

Cette notion d'implication va nous amener à discuter de la vocation, de la motivation et de l'implication quotidienne nécessaire dans cette relation.

2.3.4.4. Un métier-vocation

Le défaut de compétence, s'il est supposé inexistant, est tout de même rencontré et attendu en début de cursus. Néanmoins, s'il est pardonnable, l'absence de progression ne l'est pas. Cette absence de progression est rattachée à la motivation, à l'implication, comme si l'envie d'apprendre permettait d'outrepasser ses limites et d'acquérir toutes les compétences nécessaires : Int5-90 « *Un minimum motivé plutôt que compétent. Tu peux ne pas savoir, ça fait pas forcément quelqu'un de mauvais. Mais quelqu'un qui est désireux d'apprendre et qui veut faire les choses et qui fait les choses, qui veut faire les choses bien, tu peux jamais lui en vouloir* ». Cette forme de raisonnement, assimilable à une pensée magique, prend naissance dans la notion du **métier-vocation**.

Que ce soit les infirmières : IDE3-105 « *Moi, je m'intéresse à fond, j'aime trop savoir tout, mais y en a peut-être certaines qui font juste les choses qu'on leur dit de faire et qui s'intéressent pas trop, tu vois, mais après ça ?* » ; ou les internes : Int4-45 « *en tant qu'interne, avec tous les horaires qu'on fait, si t'aimes pas ce que tu fais, tu pourrais pas le faire* », il est souligné la nécessité d'une **implication proactive permanente**.

L'absence de cette implication sera jugée très défavorablement, par ses pairs et ses collègues : Int6-32 « *je dirais vraiment, entre une infirmière qui est vraiment motivée et qui est ultra compétente et qui réagit bien et une avec qui c'est plus difficile* ».

Les acteurs de la relation demandent alors un **investissement majeur**, de tous les jours, qui peut pousser à l'**épuisement professionnel** : Int4-42 « *les plus vieilles infirmières, elles en ont parfois un peu marre tu vois, mais si t'es pas fait pour être infirmier, ça se, enfin, si je puis dire, ça se ressent dans tout de suite* ».

Cette implication nécessaire, si elle est supportée dans le temps, est donc supposée à l'origine de l'évolution des compétences, et de la relation.

2.3.5. Evolution de la relation

2.3.5.1. Des débuts difficiles à une expertise assumée

Comme nous l'avons discuté plus haut, les débuts difficiles sont attendus. Il s'agit même d'une violence décrite comme **inhérente à la formation** de l'interne : Int2-75 « *En fait il faut forcément qu'il y a u (sic) n peu de violence dans la formation, sinon on passera enfin, sinon tu progresse pas* ».

Cette violence initiale n'est pas difficile seulement pour l'interne, mais est partagée par l'infirmière : Int2-76 « *Il faut te faire un peu violence et pour les infirmières à mon avis ça doit être flippant à mort mais finalement en fait, c'est comme ça que tu progresse* ».

Cette **violence**, associée à l'**implication active** de l'interne, sa volonté d'apprendre, permet de dépasser le stade initial, où l'interne n'est ni formé et ni adapté au fonctionnement du service : Int1-9 « *On sait rien au début, l'internat ne nous forme pas du tout à la chirurgie digestive, que ce soit d'ailleurs sur le plan chirurgical ou sur le plan médical, qui s'attache à la chirurgie digestive, on est absolument pas formé* ».

Cette violence est par ailleurs exacerbée par **une phase de test réciproque**. L'interne est évalué par rapport à ses compétences et sa gestion des urgences : IDE1-38 « *l'interne, il doit me demander ça* », Int1-94 « *parce qu'après les infirmières elles peuvent aussi vite cataloguer les internes. En disant ok, lui je l'ai appelé en situation d'urgence, il savait pas du tout quoi faire. C'est interne est nul, donc en fait, rien que de l'appeler, ça va me faire chier (sic)* ».

L'infirmière est évaluée par rapport à la justesse de ses remarques et de ses sollicitations : Int2-24 « *La situation où l'infirmière est jeune, le souci, ça va être qu'elle va avoir peur de tout. Elle*

va te poser une question pour chaque chambre qu'elle va faire sans essayer de synthétiser sans essayer de se poser elle-même la question ».

Cette **phase de test** est liée à l'enjeu principal, la prise en charge sécurisée du patient. Comment faire confiance à son collègue pour prendre en charge une vie humaine, sans avoir idée de ses compétences ?

Une fois la phase de test passée, **la relation se construit** par l'acquisition **d'expériences partagées**. L'acquisition de cette expérience passe par **l'implication active** : Int2-70 « *c'est les gardes, les journées passées au service ou t'as que des merdes (sic), finalement, c'est là bah que tu apprends* ». Cette construction d'une relation commune n'est possible que par le travail : Int4-89 « *certes, tu peux te connaître avant, mais en dehors de l'hôpital. Et je trouve que tu peux te connaître du coup personnellement mais t'arriveras jamais à recréer la même atmosphère de travail qui fait que bah en fait tu feras plus confiance avant qu'après quoi* ».

L'expérience partagée va permettre de **faciliter le travail et les interactions**. Les sollicitations de l'infirmière sont plus adaptées, et plus écoutées par l'interne : IDE4-41 « *Enfin, moi qui ai 10 ans d'expérience, tu vas peut-être plus m'écouter qu'une jeune infirmière, tu vois, qui a l'habitude de t'appeler pour te dire que ah, ça c'est pas normal, c'est pas normal. Enfin voilà, moi je t'appelle, tu sais que si je te demande là maintenant faut venir maintenant* ».

L'interne va prendre en assurance, affirmer son expertise : Int1-36 « *Elles y trouvent leur compte parce qu'effectivement toutes les questions qu'elles se posent, on peut répondre rapidement, on peut prendre des décisions alors qu'en premier semestre on prend très peu de décisions, au final, c'est le chef qui prend les décisions. Et donc du coup là ça va, ça va plus vite* ».

La gestion du service va être facilitée en conséquence, et le meilleur déroulement va permettre d'alléger la charge de travail de chacun et de développer les relations humaines.

De plus, nous allons observer **l'inversion du rapport** entre l'infirmière et l'interne entre le début de l'internat et la fin de celui-ci. Au début de l'internat, l'interne est quasiment dépendant de l'infirmière : Int1-1 « *ça évolue, genre au début les infirmières elles nous apprennent plein de choses, tu demandes plein de choses à l'infirmière, qu'est-ce qu'on fait d'habitude, la fameuse question* ». Au fur et à mesure de sa progression, il va s'imposer en tant que **décideur-responsable** : Int3-21 « *Parce que du coup, au début t'es dans une position un peu tu demandes de l'aide en fait, et à la fin, tu dis que tu prends les décisions* ». Cette évolution se fait par la prise d'une **confiance en soi**, le développement d'une **assurance** : Int3-39 « *Enfin, tu dois*

quand même avoir un peu plus de confiance en toi, plus d'assurance. Être un peu plus directif et moins te laisser guider ».

Cette prise d'autonomie, de capacité décisionnelle, a pour but de préparer un interne en fin de cursus à devenir un médecin sénior autonomie : Int3-20 « *un vieil interne, faut quand même qu'il puisse presque avoir un rôle de chef, tu vois ? Prendre limites des décisions, peut être en validant ».*

Finalement, la relation **n'est pas fixée** par le premier abord : IDE4-58 « *En gros, j'étais super mal parti avec lui et au final là, maintenant ça va mieux. Tu vois, lui, il a changé, nous on a changé, il s'est adapté à nous l'inverse aussi, enfin ça va, ça va mieux ».*

Par ailleurs, la relation est rythmée par le changement régulier des internes, qui a lieu tous les 6 mois.

2.3.5.2. Une relation cyclique

Le changement régulier d'internes a pour effet un **renouvellement** constant de la relation : IDE1-84 « *Même si voilà, c'est, un changement d'interne, que le nouvel interne je vais pas forcément le connaître ».* Ce renouvellement constant peut être à l'origine d'une **lassitude**, d'un **épuisement** de l'infirmière Int4-86 « *Et c'est fatiguant à la longue, je trouve, enfin du moins je pense pour elles, mais pour nous ça va ».*

En début de semestre, l'interne est aussi **comparé aux internes précédents** : IDE6-20 « *le semestre dernier on avait (2 internes) et ça roulait. Ils s'entendaient super bien tous les 2, les prescriptions, enfin, vraiment ça roulait, c'était vraiment une super équipe. Donc c'est vrai que quand les garçons sont arrivés c'est un petit peu compliqué au début mais bon après on s'y fait hein, on a l'habitude ».* En conséquence, la transition est facilitée par le **retour** d'un interne : IDE1-115 « *quand il revient 6 mois après, bah je sais qu'il a telle et telle compétence et telle et telle connaissance, et son attitude comment elle est, voilà, son comportement, sa manière d'être, tout ça. Bah on le connaît quoi. Donc c'est quand même plus facile pour nous ».* De la même façon, **l'enchaînement** de deux semestres par un interne au sein d'un même service : IDE1-114 « *Elles sont déjà plus à l'aise dans le fonctionnement du service donc elles ont beaucoup plus de connaissances sur le fonctionnement des choses, donc elles peuvent mieux on va dire expliquer les choses aux nouveaux quoi. Et les nouveaux bah sachant qu'elles sont là depuis un an, bah ils ont peut-être plus de facilités à aller vers elles et poser des questions, quoi ».*

Ainsi, la conséquence de ce renouvellement permanent est double.

D'une part, l'infirmière reste et l'interne part. Il en découle donc que **l'adaptation** est attendue **de l'interne à l'infirmière** et non pas l'inverse : IDE3-69 « *C'est plus je pense pour ce genre de choses, tu vois les habitudes du service, à vous de vous adapter à nous plutôt que l'inverse, parce que nous, on est là pendant des années. On est la même équipe et cetera. Vous vous changez tous les 6 mois* ». Une autre conséquence est le **vieillessement de l'infirmière**, alors que les internes restent à un âge constant : IDE2-111 « *Un interne qui a 25 ans et une infirmière qui a 25 ans, sont peut-être plus sur la même longueur d'onde hein parce qu'ils ont le même âge et du coup, les choses aussi, une question de dynamisme, d'interaction, qui va se faire autrement quand tu commences déjà à avoir 50, 55 ans ou même 40 ans, bah c'est plus, voilà t'as plus la même façon de d'interagir avec un médecin qu'une fille 25 ans donc... Il faut que tu aies d'autres arguments* ». Cette évolution va nécessiter une adaptation de l'interne et de l'infirmière, puisque **l'apport d'un changement sera vécu différemment** par une jeune infirmière ou une infirmière expérimentée : Int5-84 « *T'as moins d'expérience qu'elle, et tu dis à des infirmières de dire « bah non, faut faire comme ça »... Bah nous, on peut s'en foutre un peu, mais quelqu'un qui a 50 ans, et 30 ans de carrière, et il y a un petit jeune qui arrive derrière et qui lui dit maintenant tu vas faire ça maintenant, c'est pas comme ça que ça se passe. C'est pas possible* ».

D'autre part, le changement d'interne permet à ce dernier de transiter par de multiples services, et **d'accumuler différentes expériences**, d'améliorer sa compétence : Int5-86 « *c'est qu'on passe dans différents services et on voit différentes habitudes et donc on accumule très progressivement l'expérience par là aussi* ». Par ailleurs, le changement de service permet également de **changer de statut**, en effet, comment être considéré comme un vieil interne expérimenté si on reste en compagnie des infirmières ayant assisté à nos débuts difficiles ? Int3-22 « *Je pense que ça te permet d'avoir un peu plus d'assurance, que si t'étais avec toujours les mêmes qui savent qu'il y a 6 mois tu savais rien faire...* ».

Nous pouvons donc entrevoir une **difficulté à mettre en place de nouvelles habitudes** par les internes, liée à une **résistance au changement** des infirmières : Int6-38 « *c'est sûr, si elles ont l'habitude depuis 30 ans de faire les préparations, (...) on leur a dit depuis 30 ans il fallait faire comme ça. Et revenir pour dire ben maintenant on arrête de faire ça. Bah ça leur semble bizarre* ». Cette résistance est observée comme plus faible chez les jeunes infirmières, du fait de leur situation au début du cycle : Int6-39 « *les jeunes ont pas l'habitude, forcément ils vont dire, on fait comme ça, d'accord, okay, bon on change* ».

Finalement, cette évolution cyclique peut expliquer l'apparition d'un **favoritisme pour les infirmières** par l'encadrement : Int1-105 « *Parce que globalement les infirmières n'ont jamais tort, je l'ai appris au cours de mon internat. Et que globalement l'interne part et l'infirmière reste. Donc j'ai appris que c'était souvent à la défaveur de l'interne* ». Cette favorisation est vécue comme une injustice par les internes : Int5-49 « *il y a quelque chose qui, moi m'agace un peu fortement. C'est que y'a une considération, en fait, les services ferment parce que y'a pas d'infirmière, les services ne ferment pas s'il y a pas d'internes* ».

Nous avons commencé à aborder le renouvellement semestriel de la relation, nous allons maintenant aborder la fin de la relation.

2.3.5.3. La fin de la relation

Outre le changement d'interne semestriel, la relation interne-infirmière possède, dès son origine, une date de fin : il s'agit **du changement de statut** à la fin de l'internat, de l'obtention de la thèse de médecine et du passage à un statut de médecin sénior.

Cette fin de la relation arrive progressivement, par **l'augmentation des responsabilités**. Un jeune chef de clinique pourra encore entretenir la relation de son internat, mais le poids de la responsabilité viendra à modifier sa façon d'interagir : Int6-92 « *Ouais, c'est plus la responsabilité. J'ai essayé de rester très cool au début. Et malheureusement, faut pas leur dire tout de suite mais je pense qu'en fait, en restant très, très, très cool, y'a un moment ça commence à un peu déraper* ».

Cette responsabilité diffère de celle de l'interne, puisqu'elle est assumée par le seul médecin sénior : l'interne est sous la responsabilité du senior. Or, cette responsabilité augmente les exigences du médecin senior à son égard, mais également à celui des autres. Cette **modification des attentes** va amener une **modification de la relation**, qui va devenir une relation médecin-infirmière : Int6-93 « *le problème c'est que ben c'est un peu dur des fois de rester très sérieux et agréable* ».

2.3.6. Le rôle de l'encadrement

Puisque nous parlons des supérieurs hiérarchiques, nous allons aborder la question de l'encadrement. Il faut **différencier les 2 lignes hiérarchiques**, médicales et du corps soignant. L'interne dépend de son médecin sénior et du chef de service, l'infirmière dépend du cadre de santé. Dans le terrain choisi, l'encadrement **n'intervient que très peu** dans la relation interne-infirmière. Les médecins séniors vont intervenir lors de réunions ritualisées, notamment le

matin et à la contrevisite du soir, et sur sollicitation pour **résoudre les situations conflictuelles ou de prise en charge difficile** : Int1-92 « *En appelant le chef, le problème se résout parce qu'on a décrit la situation au chef et le chef va prendre une décision là où en fait, l'interne n'en prenait pas* ».

Le **recours au cadre de santé** est possible en cas de **problèmes interpersonnels** : IDE6-60 « *Mais je sais, quand on a des ennuis, des soucis avec certains internes où ça se passe mal, ça a été signalé au cadre. Donc au bout d'un moment, quand tu ne peux pas discuter avec les personnes en leur disant que y a quand même un minimum de politesse à avoir et que de toute façon ils changent pas. Ben ouais, y'en a qui sont allés voir le cadre quoi* ». Cette situation n'est néanmoins **ni fréquente ni souhaitée**, que ce soit par l'interne ou par l'infirmière : IDE6-62 « *en général, on discute avec l'interne concerné ou avec voilà oui, notre cadre, ou alors ben carrément le chef. Mais bon, c'est toujours compliqué de se faire taper sur les doigts. Le but, c'est pas non plus vous vous fassiez engueuler et le but c'est qu'on trouve une solution entre nous.* » ; Int6-109 « *Et d'un autre côté, par contre, ce qui serait bien, ça serait que ça passe pas forcément par des cadres parce que ça va encore donner lieu à des réunions qui prendront jamais fin et qu'on sait comment ça se passe* ».

Nous pouvons donc constater **l'absence relative de l'encadrement** sur le sujet.

Au final, nous allons aborder deux situations spécifiques, modifiant les rapports entre l'interne et l'infirmière.

2.3.7. Deux situations spécifiques :

2.3.7.1. La gestion de l'urgence

La gestion de l'urgence modifie profondément la relation entre l'interne et l'infirmière. Il s'agit d'aller vite, et de réaliser un maximum de tâches en un temps très limité. La relation sera alors transformée en relation supérieur-subordonné, avec un interne qui donne des ordres à l'infirmière : Int2-8 « *Et ouais, donner les ordres et quand il y a des urgences, il faut qu'elles obéissent, par contre, sans poser de questions, parce que c'est pas le moment* ».

L'infirmière, dans un souci de prise en charge du patient, exécute : IDE3-38 « *Et après oui, des fois, c'est vrai que ben c'est déjà arrivé c'est vrai que vous, vous dites les choses, nous on exécute, c'est sûr, hein ? Parce que vous êtes un peu le cerveau. Nous, on est les mains quoi* ».

Par ailleurs, l'interne prend une position de leader, et a pour rôle de diriger et de coordonner les actions, mais également de gérer les émotions : Int1-73 « *même si on sait pas où on va, dans*

tous les cas, on rassure le patient. Et on est calme parce que parce que sinon, l'infirmière panique, le patient panique et ça va pas du tout. Donc il faut en même temps rassurer tout le monde et faire les choses rapidement, mais efficacement et pas de manière complètement désordonnée ».

Il est intéressant de noter que ce changement dans la relation s'appuie sur les rôles de l'interne et de l'infirmière, mais dans leur forme plus archaïque, telle que décrite historiquement. Néanmoins, cette modification du rapport ne remet pas en question la nécessaire complémentarité des deux parties : IDE3-39 « *C'est vrai que maintenant perfuser, poser des médocs, des trucs, vous vous savez pas faire quoi ! Donc c'est vrai que là après moi ça me dérange pas parce que si c'est vraiment une urgence vitale, moi je préfère que vous me disiez quoi faire, que je le fasse et qu'il n'y ait pas de... ».*

2.3.7.2. La garde

La problématique de la garde est globalement imbriquée avec celle de la gestion de l'urgence.

La garde modifie en effet les attentes et le rôle de l'interne. Cela est lié au fait qu'il est seul, et assure non pas un fonctionnement normal, mais une permanence de soin : Int2-91 « *la nuit, ton boulot, c'est de répondre aux urgences vitales ou aux situations, vraiment, le patient se dégrade, où il faut faire un scanner, il faut l'examiner. Enfin, il faut faire quelque chose quoi ».*

De ce fait, l'autonomie demandée à l'infirmière est plus importante, la sensation de solitude, renforcée. La charge de travail de l'interne peut vite devenir insupportable : Int2-97 « *Et puis c'est 24h, voire plus, en fait, où t'es quasiment, t'es appelé quasiment tout le temps, on t'appelle pour ... T'as quasiment aucun moment pour te concentrer ».*

Une adaptation des conditions de sollicitations est alors nécessaire, pour alléger le travail de l'interne et lui permettre de conserver ses forces pour les urgences réelles : Int5-73 « *Ça te préserve, et t'es plus efficace. Et ta charge mentale diminue. Et au moment donné où il faut être disponible, bah tu l'es plus ».* Par ailleurs, l'interne de garde n'est pas forcément l'interne du secteur en journée, et peut ne pas connaître les dossiers des patients. Deux conséquences en découlent : l'infirmière doit connaître le dossier médical pour pouvoir le présenter à l'interne, et les sollicitations non urgentes seront temporisées autant que possible pour être discutées avec l'équipe suivant habituellement le malade.

En conclusion, ces deux situations modifient les rapports entre l'interne et l'infirmière, et nécessitent donc une adaptation de chaque partie. Dans ces conditions, la confiance

réci-proque, la communication intelligente et l'expérience de chacun prennent une place d'autant plus importante qu'il faut agir rapidement, et avec des effectifs réduits.

Nous avons maintenant défini la relation interne-infirmière, dans les conditions spécifiques d'un service de chirurgie en CHU, et allons maintenant discuter de leur significativité au regard de la littérature.

3. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

3.1. DISCUSSION

3.1.1. Le rapport à la littérature

La littérature peu abondante sur le sujet de la relation entre les internes et les infirmières rend ardue la tâche de comparer nos résultats. Nous pouvons tout de même évoquer certains points. Le travail de Stein (1967) évoquait l'importance de l'histoire commune des deux professions, et l'impact de celle-ci sur le développement du « jeu » : *« The doctor and nurse have a shared history and thus have been able to work out their game so that it operates more efficiently than one would expect in an indirect system. (...) The major disadvantage of a doctor-nurselike game is its inhibitory effect on open dialogue which is stifling and anti-intellectual. The game is basically a transactional neurosis, and both professions would enhance themselves by taking steps to change the attitudes which breed the game ».*

Stein décrit comme inconvénient majeur du système l'inhibition d'un dialogue ouvert. Notre travail montre l'évolution sur certains points de la relation interne- infirmière. S'il persiste des attitudes adoptées pour camoufler l'incertitude chez les internes, la communication est plus ouverte et honnête. La crainte du regard de l'autre, d'être perçu comme incompetent, amène en effet l'interne à reproduire des artifices rappelant la structure du jeu : il demande de l'aide de façon détournée, il projette une image de confiance, d'assurance, en faisant valider ses prises en charge par un médecin sénior avant de confronter l'infirmière. Ces attitudes sont principalement mises en évidence chez les jeunes internes, et sont limitées par la présence d'infirmières expérimentées, capables d'aider l'interne et de l'inciter à demander ouvertement de l'aide.

Par ailleurs, le développement d'une communication intelligente, utilisant un vocabulaire partagé, basée sur une réflexion et un partage des connaissances montre le changement de

paradigme. Il n'est plus nécessaire de passer par des formulations détournées pour asseoir son autorité, le partage des tâches est assumé, l'implication de chacun est attendue.

Cette prévalence de la communication, son importance grandissante mise en évidence dans notre travail, renforce l'importance des travaux récents sur la communication, notamment l'article de Smith et al (2018). Il reste néanmoins un chemin à parcourir pour arriver à une communication parfaite, puisque la structure même de la relation est déséquilibrée, par la position centrale des médecins et internes dans la prise de décisions : Smith et al (2018) « *This finding may be explained by the maladaptive inherent team structure, as previously described by Gotlib et al, whereby physicians and residents are more central to decision-making, leaving nurses at risk of feeling isolated and undervalued* ».

3.1.2. Les limites de l'étude

Les limites de cette étude résident dans le choix du terrain. Nous avons consciemment choisi un seul service de chirurgie pour réaliser les entretiens. Par ce fait, nous avons pu obtenir un échantillon significatif de la population totale, avec un tiers des infirmières d'hospitalisation conventionnelle et 4/5 internes répondants. Nous avons de plus pu mener les entretiens jusqu'à saturation. Néanmoins, il est probable que des spécificités propres au service choisi constituent des biais dans nos résultats, et il serait intéressant de reproduire l'étude à une plus grande échelle. Il faut également noter que la réalisation du travail dans un service de chirurgie, dont les différences fondamentales de fonctionnement l'opposent à un service de médecine conventionnelle, limitent l'application des résultats.

De plus, mon expérience antérieure, ayant exercé pendant 6 mois dans le service en tant qu'interne, constitue un biais possible dans l'analyse des données. Une durée supérieure à un an s'est écoulée depuis mon passage, et m'a permis une prise de recul. Néanmoins, ma proximité avec les interviewés, de par le travail et les expériences partagées, a pu engendrer des biais. En revanche, cette même proximité a permis d'obtenir des entretiens plus naturels, en confiance, sans peur de s'exprimer, au contraire d'un entretien réalisé auprès d'un intervenant extérieur. Les données recueillies pourraient donc bénéficier d'une analyse complémentaire par un comité extérieur.

Par ailleurs, si les résultats mettent en avant une faible implication de l'encadrement, il sera intéressant d'interviewer les cadres du service ainsi que les médecins séniors pour évaluer leur point de vue.

Finalement, la crise sanitaire actuelle, associée à une crise des vocations, complique la relation entre le corps soignant et médical. En effet, comment développer une relation digne de ce nom, lorsque l'un et l'autre peinent à supporter la charge de travail imposée par cette crise ? Ces considérations, ainsi que l'avenir incertain de l'hôpital public, nécessitent d'être prises en compte.

3.2. Recommandations

Nous pouvons, suite à l'examen des résultats, proposer quelques pistes d'amélioration de la relation, et surtout de la construction de celle-ci.

La rencontre avant la prise de poste de l'équipe infirmière par l'interne, permettant de se présenter, d'identifier les fonctions, pourrait permettre d'établir des bases saines pour la relation à venir.

Puisque la prise de poste est difficile par l'inexpérience et la non-maîtrise des habitudes du service, il serait intéressant de prévoir une période d'accompagnement renforcée par les médecins séniors et les infirmières expérimentées.

L'activité du service accueillant les internes devrait être adaptée à leur rotation semestrielle, permettant ainsi l'acquisition en début de semestre du savoir et des compétences nécessaires au bon déroulement des soins.

Malheureusement, dans le contexte de crise sanitaire actuelle, la mise en place de ces mesures et le dégagement des ressources humaines nécessaires semblent utopiques.

Enfin, la qualité de la communication entre les internes et les infirmières semble être la clé de l'amélioration de la relation ; cet aspect pourrait être travaillé à travers des modules de cours et travaux pratiques dédiés dès les premières années d'étude de médecine tant il semble fondamental. Cette recommandation est également applicable aux études infirmières.

CONCLUSION

La relation entre le médecin et l'infirmière est une relation historique, mais peu étudiée. Les études disponibles datent pour la plupart des années 1980 et décrivent une relation de supérieur-subordonnée, avec le développement d'attitudes spécifiques permettant d'assurer une communication sans perturber l'équilibre ordinaire.

Le travail présenté est réalisé dans un service spécialisé de chirurgie. Ce service, à l'instar de l'hôpital public, dépend pour son fonctionnement de l'équipe formée par l'interne et l'infirmière. Leur relation est la pierre angulaire de la relation entre le corps des soignants et le corps médical.

Cette relation s'appuie sur un objectif commun, qui est la prise en charge optimale et sécurisée des patients. La relation est basée sur une confiance réciproque. La confiance est à l'origine d'une communication intelligente, qui vient en retour modifier la confiance, par sa qualité ou l'absence de celle-ci.

La relation est soumise à des facteurs extérieurs. En premier lieu sera citée la charge de travail. Celle-ci crée un environnement difficile et contraignant, exacerbé par les événements difficiles vécus, liés à la prise en charge de patients. Les relations humaines viennent renforcer cette relation si elles sont positives, et permettent de supporter l'environnement difficile. Finalement, la relation dépend de l'implication active des protagonistes, liée au concept de métier-vocation.

L'ancrage de ce travail dans un service de chirurgie spécialisé met en évidence des spécificités. Le service de chirurgie se remarque notamment par la faible présence médicale, liée à l'activité chirurgicale. De ce fait, les infirmières du service font preuve d'une autonomie et d'une prise d'initiative importante. Cette nécessité d'autonomie, couplée à la faible présence médicale, entraîne des phénomènes d'adaptation, qui se basent sur la relation entre l'interne en chirurgie et l'infirmière, et la modifient en conséquence.

Le travail est limité dans son application généralisée par l'ancrage dans le terrain, mais permet de mettre en évidence une évolution, une modification du paradigme de la relation. La relation interne-infirmière n'est plus une relation hiérarchique, l'un donnant des ordres, l'autre les exécutant. Elle a évolué en une relation associant deux métiers différents, et complémentaires, dans la prise en charge optimale d'un patient. Cette relation se base sur une communication efficace et intelligente.

Améliorer la relation interne-infirmière est une voie d'amélioration de l'offre de soins. Elle mérite donc notre attention particulière. La reprise de mon parcours professionnel, avec les derniers semestres de l'internat puis mon entrée dans le monde des médecins séniors, sera pour moi l'occasion de suivre cette évolution, et de m'impliquer toujours plus activement dans l'amélioration de cette relation. Il reste la question de l'impact de la crise sanitaire actuelle, exacerbée par la crise des vocations : quelle sera la place de la relation interne-infirmière dans l'hôpital de demain ?

BIBLIOGRAPHIE

Références académiques

Al-Razi *Havi seu continens*, X^e siècle

Abu Al-Qasim, *Al-Tasrif*, X^e siècle

Allenbaugh J, Corbelli J, Rack L, Rubio D, Spagnoletti C. « A Brief Communication Curriculum Improves Resident and Nurse Communication Skills and Patient Satisfaction. » *J Gen Intern Med.* 2019 Jul ;34(7) :1167-1173.

Ashworth, P. « Nurse–doctor relationships : conflict, competition or collaboration » *Intensive and Critical Care Nursing*, Volume 16, Issue 3, 2000, Pages 127-128

Braun HJ, O'Sullivan PS, Dusch MN, Antrum S, Ascher NL. « Improving interprofessional collaboration : evaluation of implicit attitudes in the surgeon-nurse relationship. » *Int J Surg.* 2015 Jan ;13 :175-179.

Brinkman WB, Geraghty SR, Lanphear BP, Khoury JC, Gonzalez del Rey JA, DeWitt TG, Britto MT. « Evaluation of resident communication skills and professionalism : a matter of perspective ? » *Pediatrics.* 2006 Oct ;118(4) :1371-9.

Chaouky, Hamida. « Les hôpitaux et les lieux de soin dans l'Antiquité et au Moyen Âge », Alain Froment éd., *Archéologie de la santé, anthropologie du soin.* La Découverte, 2019, pp. 159-169.

Combessie, Jean-Claude. « II. L'entretien semi-directif », *La méthode en sociologie.* La Découverte, 2007, pp. 24-32.

Comiti, Vincent-Pierre. « Histoire des universités de médecine : quelques jalons », *Les Tribunes de la santé*, vol. 16, no. 3, 2007, pp. 19-24.

Conrad Peter. « Learning To Doctor : Reflections on Recent Accounts of the Medical School Years » *Journal of Health and Social Behavior* Vol. 29, No. 4, Theme : Continuities in the Sociology of Medical Education (Dec., 1988), pp. 323-332

Dubois Fresney, Catherine, et Georgette Perrin. « Préambule. Émergence de la profession infirmière », *Le métier d'infirmière en France.* Presses Universitaires de France, 2017, pp. 7-30.

Feldman R, Cousins A, Grimaldi D. « *The developmental phases of the nurse/resident relationship on an in-patient psychiatric unit.* » *Perspect Psychiatr Care*. 1981 Jan-Feb ;19(1) :31-9.

Fenneteau, Hervé. « Chapitre 1. La réalisation d'une série d'entretiens individuels », *Enquête : entretien et questionnaire*. Dunod, 2015, pp. 9-28.

Glouberman, Sholom, et Henry Mintzberg. « Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie », *Gestion*, vol. 27, no. 3, 2002, pp. 12-22.

Ibn Sina, *Qanûn*, XI^e siècle

Le Goff Armelle, Conservateur en chef du Patrimoine. *ÉCOLES DE SANTÉ (1794-1802) Répertoire numérique détaillé des cotes F/17/1065/A, F/17/1065/B, F/17/1144, F/17/1146-1147*. 1^{re} édition Archives Nationales (France), juin 2005.

Lejeune, Christophe, *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer*. De Boeck Supérieur, 2019, pp. 61-100.

McMahan EM, Hoffman K, McGee GW. « Physician-Nurse Relationships in Clinical Settings : A Review and Critique of the Literature, 1966-1992. » *Medical Care Review*. 1994 ;51(1) :83-112.

Monroe KK, Kelley JL, Unaka N, Burrows HL, Marshall T, Lichner K, McCaffery H, Demeritt B, Chandler D, Herrmann LE. « Nurse/Resident Reciprocal Shadowing to Improve Interprofessional Communication ». *Hosp Pediatr*. 2021 May ;11(5) :435-445.

Omery, Anna DNSc, BN. « Care : The basis for a nursing ethic ? ». *The Journal of Cardiovascular Nursing* : April 1995 - Volume 9 - Issue 3 - p 1-10

Paillé, Pierre, et Alex Mucchielli. « Chapitre 13. L'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes », *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin, 2021, pp. 359-420.

Schnepel, Roland Rn ; Stopfkuchen, Herwig Md. « Collaboration between nurses and physicians in Europe. » *Critical Care Medicine* : September 1993 - Volume 21 - Issue 9 - p S388

Smith, Heather MD ; Greenberg, Joshua MD, MSc, FRCSC ; Yeh, Shang-Yee MD, FRCSC ; Williams, Lara MD, MSc, FRCSC ; Moloo, Husein MD, MSc, FRCSC. « Improving Communication Between Nurses and Resident Physicians : A 3-Year Quality Improvement

Project. » *Quality Management in Health Care* : October/December 2018 - Volume 27 - Issue 4 - p 229-233

Sournia, Jean-Charles. « Les Grecs, fondateurs de notre médecine », *Histoire de la médecine*. La Découverte, 2004, pp. 33-55.

Stein LI. « The doctor-nurse game. ». *Arch Gen Psychiatry*. 1967 Jun ;16(6) :699-703.

Tampa M, Sarbu I, Matei C, Benea V, Georgescu SR. « Brief history of syphilis ». *J Med Life*. 2014 Mar 15 ;7(1) :4-10. Epub 2014 Mar 25.

Walsh HA, Jolly Inouye AA, Goldman EF. « Improving Communication Through Resident-Nurse Shadowing. » *Hosp Pediatr*. 2017 Nov ;7(11) :660-667.

Yancey, Philip et Brand, Paul. *Pain : The Gift Nobody Wants*. DIANE Publishing Company (1999)

Lois

Article L.124-8 du Code de l'éducation : Stages et périodes de formation en milieu professionnel

Article R.124-10 du Code de l'éducation : Stages et périodes de formation en milieu professionnel

Article R4311-7 du Code de la santé publique : Actes professionnels

Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles

Sites internet

Faculté de Montpellier, *800 ans de la plus ancienne faculté de médecine au monde* (consulté le 24 août 2022) <https://www.umontpellier.fr/articles/800-ans-de-la-plus-ancienne-faculte-de-medecine-au-monde#:~:text=%C2%AB%20Le%2017%20ao%C3%BBt%201220%20furent,ancienne%20Universit%C3%A9%20m%C3%A9dicale%20du%20monde%20%C2%BB>.

Chiffres clé du CHU Strasbourg 2020 (consulté le 24 août 2022) https://www.chru-strasbourg.fr/wp-content/uploads/2022/03/chiffres_cles_2020-1.pdf

Dictionnaire de l'Académie Française, 9e Edition (consulté le 24 août 2022) <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9G1667>

Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine (consulté le 24 aout 2022)
<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/search/results?titre=soins>

Markel Howard, *The painful story behind modern anesthesia* (consulté le 24 aout 2022)
<https://www.pbs.org/newshour/health/the-painful-story-behind-modern-anesthesia>

L'AP-HP en bref (consulté le 24 aout 2022) <https://www.aphp.fr/lap-hp-en-bref#:~:text=Quelques%20chiffres%20%3A,soignants%2C%20param%C3%A9dicaux%20et%20socio%2D%C3%A9ducatifs>

Recherche Google « relation interne infirmière » (consulté le 26 aout 2022)
<https://www.google.com/search?q=relation+interne+infirmiere&oq=relation+interne+infirmiere&aqs=edge..69i57.5958j0j1&sourceid=chrome&ie=UTF-8>



Ecole de Management de Strasbourg



Université de Strasbourg

MEMOIRE

Master 2 MAE

Management des organisations de santé et médico-sociales

**LA NATURE DE LA RELATION ENTRE LES
MEDECINS EN FORMATION ET LES INFIRMIERES
ET SON EVOLUTION AU COURS DE L'INTERNAT
DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE DIGESTIVE**

LIVRET II : ANNEXES

Présenté par

Arne Kock

Sous la Direction de

Caroline Merdinger-Rumpler

Année universitaire 2021-2022

Themes	Sous thèmes	Exemples
Introduction	<p>Bonjour ..., Je tiens d'abord à vous remercier d'avoir accepté de me rencontrer pour cet entretien. Dans le cadre de mon mémoire pour le M2 MOS, je réalise des entretiens auprès de l'équipe du service de Chirurgie Digestive et Endocrinienne du Nouvel Hôpital Civil. Je m'intéresse plus spécifiquement à la relation infirmiers internes.</p> <p>L'ensemble des entretiens sera anonymisé, ainsi que les verbatims extraits dans le mémoire. Par ailleurs, si vous m'y autorisez, notre entretien sera enregistré. En effet, je souhaite pouvoir vous écouter pleinement, sans perdre d'informations pertinentes lors de la prise de note.</p>	
Centrage sujet	Moi ce qui m'intéresse, c'est ce que vous avez expérimenté dans la relation avec les internes / les IDE ? Comment se passe pour vous la relation avec les internes / le personnel soignant ?	
Approfondissement	Que pouvez me dire sur la relation avec les internes / personnel soignant ?	
		Quelle est votre meilleure expérience ? Quelle est votre pire expérience ?
		Qu'est ce qui se passe bien / moins bien dans cette relation ?
	Rôle dans le service	Soins Guérison Accompagnement Patient / Familles
		Quel est votre rôle dans le soins des patients ? "" ""
	Relation à l'autre	Attentes réciproques Comment me voit l'autre Impact sur l'autre Formation / partage d'expérience
		Qu'attendez-vous des internes/IDE ? Intervenez vous si le rôle attendu n'est pas rempli? Quel est votre rôle par rapport à l'autre ? Est-ce que mon rôle par rapport à l'autre à évolué avec le temps? Quel est la position que les internes/IDE attendent de vous? Quelles modifications dans mes rapports à l'autre au fil du temps? Evolution avec l'expérience personnelle Evolution avec la prise d'expérience de l'autre
	Premier jour de l'internat	Attentes Craintes Rituel de passage
		Quelles sont vos attentes d'un interne débutant ? Quelles sont les craintes : dysfonctionnement, conflits ? Pensez vous qu'il s'agit d'un procédé immuable ou existe-t'il des voies d'amélioration de cette période ?
	Dernier jour de l'internat	Attentes Craintes
	Quelles sont vos attentes d'un vieil interne ? Quelles sont les craintes : dysfonctionnement, conflits ?	
Evolution temporelle de la relation	Temps de travail commun Expérience et ancienneté (personnelle et de	
	Avez-vous constaté une évolution de la relation au cours du travail commun ? Sur 1 semestre, 2, plusieurs ? Quel est l'impact de l'expérience professionnelle sur la relation?	
Bonnes pratiques	Problèmes causés Bonnes pratiques Apprentissage en situation conflictuelle	
	Quelles sont les relations/attitudes problématiques ? Quelles sont les problématiques récurrentes ? Quelles sont les relations/attitudes à promouvoir ? Qu'est ce qui se passe bien, habituellement ? Qu'avez-vous appris de ces situations? Quelles sont vos recommandations à l'égard des IDE et des internes ?	
Profil répondant	Fonction et ancienneté Formation Parcours antérieur	
Conclusion	<p>Pour résumer, les différents points que vous avez abordés sont : Voulez-vous rajouter quelque chose ? Des commentaires ? Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé. Si les résultats obtenus vous intéressent, je pourrais vous communiquer le mémoire après sa présentation. Je vous souhaite une bonne journée.</p>	

Annexe II. Tableau d'analyse vierge.

		Entretien	Codage	Verbatim	Analyse Première	Etiquette	Catégorie conceptualisante
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Annexe III. Exemple de tableau d'analyse, portant sur les 20 premiers verbatims du premier entretien

Entretien	Codage	Verbatim	Etiquette préliminaire	Analyse
IDE1	IDE1-1	J'ai jamais eu de problème avec les internes ici dans le service	absence de problème, relation satisfaisante	
IDE1	IDE1-2	c'est plus je pense le déroulement quoi. Les bilans sanguins, le déroulement de la journée et tout ça. Ils savent peut-être enfin, ils ont pas ces petites connaissances. Tu vois, nous habituellement ici, on fait pas une prise de sang le jour de la sortie	exécution d'actes en autonomie - hors cadre légal	Realisation actes sans prescription
IDE1	IDE1-3	on est en chirurgie, on n'est pas en médecine	différence fondamentale chirurgie	perception d'une différence fondamentale entre chirurgie et médecine
IDE1	IDE1-4	nos internes, ils sont souvent en blocs	partage du temps de disponibilité de l'interne	partage du temps de l'interne
IDE1	IDE1-6	c'est un peu difficile pour nous les infirmières	abandon solitude	ressenti de difficulté par absence interne
IDE1	IDE1-7	avec l'expérience qu'on a, tu vois, on arrive peut-être plus à le faire que si on sortait d'école, tu vois ?	autonomie expérience	Prise d'expérience facilite l'autonomie
IDE1	IDE1-8	on a toujours l'interne de garde qui est là	présence médicale permanente	Solution alternative, présence d'un interne de garde
IDE1	IDE1-9	l'interne de garde, le pauvre, il est pas plus enfin il a pas que le service quoi, il a les urgences. Il a le bloc	multiplicité des tâches de l'interne - surcharge de travail	partage du temps de l'interne, surchargé
IDE1	IDE1-10	J'ai plus d'expérience, je saurai déjà enfin des choses un petit peu en avance quoi	prise d'expérience	Acquisition autonomie et prise d'initiative par l'expérience
IDE1	IDE1-11	Je vais quand même vous appeler pour vous dire ce que je peux faire ça	nécessité validation / prescription orale	validation de l'acte par l'interne sans prescription écrite
IDE1	IDE1-12	Je vais quand même vous appeler ... mais je sais déjà la réponse	expérience autonomie	Appel systématique mais inutile par l'expérience du métier de l'IDE
IDE1	IDE1-13	les nouvelles quand elles arrivent elles vont plus vous solliciter que nous	sollicitations expérience nombre	Majoration des sollicitations par l'inexpérience - inquiétude
IDE1	IDE1-14	on est déjà beaucoup plus à l'aise quoi avec vous de manière générale quoi	expérience facilité	meilleure relation avec l'expérience
IDE1	IDE1-15	on connaît plus notre boulot	compétence	compétence propre de l'infirmière, demande une reconnaissance
IDE1	IDE1-16	en médecine, il y a toujours un médecin	différence fondamentale chirurgie	présence médicale en médecine, moindre en chirurgie
IDE1	IDE1-17	vous avez plusieurs choses à gérer	multiplicité tâches	Multiplicité des tâches de l'interne de chirurgie
IDE1	IDE1-18	que tous les matins, on ait un staff	communication réunion	Communication avec l'infirmière programmée, rituelle
IDE1	IDE1-19	les après-midi c'est pareil, on a toujours une petite tournée ensemble,	collaboration coopération	Collaboration, travail en commun systématique
IDE1	IDE1-20	Bah pas que les prescriptions, c'est à dire que souvent on a aussi d'autres questions.	role interne	IDE demande des prescriptions à l'interne