

2023-2024

**THÈSE**

pour le

**DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Qualification en MEDECINE GENERALE et MEDECINE D'URGENCE**

**INFLUENCE DU PERSONNEL  
PARAMEDICAL SUR LES PRISES EN  
CHARGE DES PATIENTS PAR LES  
INTERNES EN STAGE DANS LES  
STRUCTURES D'URGENCES ADULTES DE  
LA SUBDIVISION DU CHU D'ANGERS**

**LOUET Méganne**

Née le 05/03/1996 à Saint-Nazaire (44)

**TAGLANG Guillaume**

Né le 05/07/1995 à Aix-en-Provence (13)

Sous la direction de Mme la Docteure DOUILLET Delphine et Mme la Docteure TILLARD Lila

Membres du jury

Monsieur le Professeur ROY Pierre-Marie | Président

Madame la Docteure DOUILLET Delphine | Directrice

Madame la Docteure TILLARD Lila | Codirectrice

Madame la Professeure RAMOND-ROQUIN Aline | Membre

Monsieur POIROUX Laurent | Membre

Soutenue publiquement le :  
01/07/2024



## ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée LOUET Méganne  
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **08/05/2024**

## ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné TAGLANG Guillaume  
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le **08/05/2024**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

---

**Doyen de la Faculté** : Pr Nicolas Lerolle

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie** : Pr Sébastien Faure

**Directeur du département de médecine** : Pr Cédric Annweiler

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DIQUET Bertrand	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
DUBEE Vincent DUCANCELLE Alexandra	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine Médecine
DUVAL Olivier DUVERGER Philippe EVEILLARD Mathieu FAURE Sébastien FOURNIER Henri-Dominique FOUQUET Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE PEDOPSYCHIATRIE BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE ANATOMIE	Pharmacie Médecine Pharmacie Pharmacie Médecine
FURBER Alain GAGNADOUX Frédéric GOHIER Bénédicte GUARDIOLA Philippe GUILET David HAMY Antoine HENNI Samir HUNAUT-BERGER Mathilde IFRAH Norbert JEANNIN Pascale KEMPF Marie	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE CARDIOLOGIE PNEUMOLOGIE PSYCHIATRIE D'ADULTES HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION CHIMIE ANALYTIQUE CHIRURGIE GENERALE MEDECINE VASCULAIRE HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine Médecine Médecine Médecine Pharmacie Médecine Médecine Médecine Médecine
KUN-DARBOIS Daniel LACOEUILLE FRANCK LACCOURREYE Laurent LAGARCE Frédéric LANDREAU Anne LARCHER Gérald LASOCKI Sigismond LEBDAI Souhil LEGENDRE Guillaume LEGRAND Erick LERMITE Emilie LEROLLE Nicolas LUNEL-FABIANI Françoise	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION IMMUNOLOGIE BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE RADIOPHARMACIE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE BIOPHARMACIE BOTANIQUE/ MYCOLOGIE BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION UROLOGIE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE RHUMATOLOGIE CHIRURGIE GENERALE REANIMATION BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine Médecine Médecine Médecine Pharmacie Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine
LUQUE PAZ Damien MARCHAIS Véronique MARTIN Ludovic MAY-PANLOUP Pascale	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE DERMATO-VENEREOLOGIE BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine Pharmacie Médecine Médecine

MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

#### MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne- Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine

MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

#### AUTRES ENSEIGNANTS

<b>PRCE</b>		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
<b>PAST/MAST</b>		
BEAUV AIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
<b>PLP</b>		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

# REMERCIEMENTS communs

A Monsieur le Professeur Pierre-Marie ROY, merci de nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

A nos directrices de thèse, Madame la Docteure Delphine DOUILLET et Madame la Docteure Lila TILLARD, merci de nous avoir accompagnés et guidés dans ce travail de thèse. Merci pour vos précieux conseils, qui ont permis à ce manuscrit de voir le jour.

A Madame la Professeure Aline RAMOND-ROQUIN et Monsieur Laurent POIROUX, merci de l'intérêt que vous portez au sujet de cette thèse, et d'avoir accepté de participer au jury.

# REMERCIEMENTS Méganne

A mes parents, merci d'avoir toujours été là pour m'aider et me soutenir, merci d'être toujours aussi présents aujourd'hui. Ces études n'auraient jamais été possibles sans vous.

A mes sœurs, rentrer à la maison pour vous voir me fait toujours aussi plaisir, votre présence me permet bien des fois de prendre une bouffée d'air frais.

A mes amis, anciens ou moins anciens, merci pour ces si bons moments passés ensemble, merci pour toutes ces vacances inoubliables, pour ces week-ends, ces soirées, dîners, goûters... Merci de me faire encore et toujours rire, la vie serait bien moins drôle sans vous.

A mon co-thésard, Guillaume, merci de t'être investi comme tu l'as fait... on est au bout !

Aux nombreux médecins que j'ai pu croiser durant ces études, à ceux que j'ai admiré et qui me donner l'envie de poursuivre. A ceux qui, je l'espère, ont su me partager leurs qualités humaines. Merci pour vos enseignements, merci d'avoir partagé votre expérience.

Aux nombreuses infirmières (et infirmiers) que j'ai pu croiser durant l'internat, merci d'avoir partagé votre expérience, et d'avoir rendu mes stages toujours plus appréciables. Vous avez évidemment inspiré cette thèse.

Aux collègues des urgences de la clinique, merci de m'avoir appris beaucoup, merci de rendre ce métier agréable à vos côtés.

A toi, Bastien, merci de ta présence, ta bienveillance et ton amour. Merci de partager ta vie avec moi. Nos projets se poursuivent sur, je le souhaite, le plus long et le plus beau des chemins.

# REMERCIEMENTS Guillaume

D'abord un grand merci à mes parents sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Merci de m'avoir soutenu durant ces années d'études, de m'avoir permis d'étudier dans des conditions idéales. En particulier une grande pensée pour ma Maman et ses nombreux petits plats qui m'ont rendu un service énorme en P1 !!! Merci à mon père de m'avoir initié tôt à la médecine en me parlant des dissections qui ne me faisaient pas peur, c'était un signe !

Merci à mon frère Rémy pour son soutien et les bons moments passés ensemble. Merci à Chloé (qui m'aura bien vendu Angers, je m'en souviens haha). Je dédie cette thèse à la petite qui verra bientôt le jour !

A toute ma famille : grands-parents, oncles, tantes, cousins... Merci d'avoir accepté que parfois je ne puisse pas venir aux événements à cause de mes examens, de mes stages... Merci d'avoir été compréhensifs là-dessus. Un énorme merci pour ceux qui ont pu se déplacer jusqu'à Angers : Bertrand, Arnaud, Jean-François, Laura, René, Marie-Claude, Dominique.

A ma belle-famille : Aunty, Uncle, Ricky, et tous ceux qui vivent au Bangladesh ! Merci d'être là pour ce jour particulier ! Merci de m'avoir si bien accueilli, et de me faire sentir si bien auprès de vous ! En particulier, une grosse pensée pour le « Haleem », « Choukhoré Mangsho », « Bindalou », « Dhal Bat », « Mughlai », tous ces plats aussi délicieux les uns que les autres (désolé pour l'orthographe haha, et j'en connais une qui dira que je pense qu'à la bouffe...).

A Méganne, merci à toi pour ce travail à deux ! On y est arrivé, ce n'était pas simple !

Aux amis du grand sud (la capitale, Marseille bébé) : tout d'abord, musicalement, big-up à Ghislain (à compter... de quiiiiinze jours, Monsieur le Bordelaaaais, attention à la bobotisation tout de même), François ma caille (oh fratello !! A tes envolées pleines de poésie dans les rues de Malaga...), Damien (enfin Dr Damien maintenant, ou monsieur le Président émérite de l'EMEPS, à ta ponctualité légendaire !), Querci (celui qui nous a tout appris à l'EMEPS, je me devais de dire ça pour faire plaisir à ton égo), Paula (chaud pour manger une enveloppe du coup ?), Jess (first groupie for ever, nous comptons sur toi pour sauver la santé en France, bon chance !).

A toutes les personnes rencontrées au cours des 6 premières années, merci d'avoir rendu ces années plus gaies grâce à tous ces bons moments que je n'oublierai pas : Louis, Renaud, Etienne, Pauline, Mathieu, Sarah, Julia, Justine et tous les autres...

Aux amis qui ont rejoint Angers en même temps que moi : Pierre (tous ces voyages ensemble auront marqué ces études, j'espère qu'en tant que cardiologue tu resteras quand même gentil avec les urgentistes haha), Juliette (bon courage pour ta thèse dans quelques jours !)

Aux amis rencontrés à Angers : Paul, Nath, Pierre, Noémie, Maxime, Imane, Elisa, Julien, Clara.

A Bettina, Onik et la petite Piya !

A la team DESMU : Julie, Jeanne, Kévin, Emma, Gabrielle, Mathieu, PA, Alizée, Manon, Alice, Solène, Agnès, Yseult, Clarisse, Caro, et... Tchebo (oh toi !!! La gériatrie nous aura bien rapprochés mine de rien haha. Et c'est pas fini...)

Dédicace à ces études, que j'aurais parfois aimées, parfois (beaucoup) détestées... Ca valait vraiment le coup quand même.

Aux différents co-internes, médecins qui m'ont accompagné durant ce marathon de 11 ans. A tous les paraméd qui m'ont beaucoup appris.

A toi, étudiant, externe, interne... qui lira peut-être un jour cette dédicace, accroche-toi, reste confiant, le bout du tunnel approche !

Et enfin à toi Maria, merci d'être à mes côtés tous les jours, de m'accompagner dans les bons et mauvais moments de la vie, merci de m'avoir motivé à fond quand le moral et l'envie n'y étaient pas... Merci pour ta bonne humeur. Docteurs la même semaine, à 3 jours d'intervalle, on ne l'aurait jamais imaginé. Dans 3 jours c'est la délivrance ultime Dr GOMES, de superbes moments sont encore à venir !!

## **Liste des abréviations**

AS :	Aide-soignant(e)
CH :	Centre Hospitalier
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
DESMG :	Diplôme d'Etudes Spécialisées en Médecine Générale
DESMU :	Diplôme d'Etudes Spécialisées en Médecine d'Urgence
E :	Entretien/interne ayant été interrogé(e)
FFI :	Faisant Fonction d'Interne
IDE :	Infirmier(ère)
IOA :	Infirmier(ère) d'Orientation et d'Accueil
PP :	Professionnel(s) Paramédical(aux)
SU :	Structure(s) d'urgences

# Plan

## LISTE DES ABREVIATIONS

## RESUME

## INTRODUCTION

## METHODES

## RESULTATS

### 1. Facteurs d'influences intrinsèques

- 1.1. Manque de légitimité et sentiment d'incompétence
  - 1.1.1. Manque d'expérience
  - 1.1.2. Manque d'assurance et de légitimité
- 1.2. Impact émotionnel
- 1.3. Construction des compétences

### 2. Echanges pluriprofessionnels

- 2.1. Association interprofessionnelle de raisonnements
  - 2.1.1. Différence de raisonnement
  - 2.1.2. Priorisation et gestion du flux aux urgences
- 2.2. Collaboration interprofessionnelle
  - 2.2.1. Première évaluation du patient aux urgences
  - 2.2.2. Complémentarité des professions
  - 2.2.3. Risque d'erreurs médicales
- 2.3. Facteurs relationnels
  - 2.3.1. Professionnels
  - 2.3.2. Personnels

### 3. Conséquences sur la réflexion médicale

- 3.1. Pression
- 3.2. Optimisation de la prise en charge
- 3.3. Travail en équipe

## DISCUSSION ET CONCLUSION

### 1. Résultats principaux

### 2. Forces et limites

### 3. Perspectives

- 3.1. Importance de l'interconnaissance et de la collaboration interprofessionnelle
- 3.2. Besoins de formations dans le travail collaboratif

3.3. Influence du triage des patients sur la décision médicale

#### **4. Conclusion**

#### **BIBLIOGRAPHIE**

#### **LISTE DES TABLEAUX**

#### **TABLE DES MATIERES**

#### **ANNEXES**

##### **1. Annexe I : Guide d'entretien**

- 1.1. Première version
- 1.2. Deuxième version

##### **2. Annexe II : Consentement écrit des participants**

##### **3. Annexe III : Grille COREQ**

# **Influence du personnel paramédical sur les prises en charge des patients par les internes en stage dans les structures d'urgences adultes de la subdivision du CHU d'Angers.**

**Auteurs : LOUET Méganne (médecin généraliste non thésée) et TAGLANG Guillaume (interne en médecine d'urgence)**

Répartition du travail :

- Rédaction de la fiche de thèse : en binôme
- Elaboration du guide d'entretien : en binôme
- Répartition des entretiens à effectuer : en binôme
- Analyse et codage des résultats : en binôme
- Rédaction de la thèse : introduction (en binôme), méthodes (en binôme), résultats (en binôme), discussion et conclusion (en binôme).

# RESUME

Introduction : Les structures d'urgences sont des lieux accueillant des situations cliniques variées et imprévisibles, et un environnement de formation pour divers intervenants dont les internes en médecine. Ces médecins en formation doivent rapidement acquérir les bases d'un raisonnement médical rigoureux en situation d'urgence. Différents facteurs, comme le « *gut feeling* » et les émotions, interviennent dans la construction de ce raisonnement. L'objectif de cette étude est de définir l'influence du personnel paramédical sur les prises en charge des patients par les internes en stage dans les structures d'urgences adultes de la subdivision du CHU d'Angers.

Méthodes : Etude qualitative selon une théorisation ancrée, réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès d'internes en DESMG et DESMU durant leur phase socle, en stage à temps complet dans une structure d'urgences adultes de la subdivision du CHU d'Angers.

Résultats : Douze entretiens ont été réalisés entre juin 2023 et janvier 2024. La suffisance des données a été obtenue après dix entretiens. Un des principaux facteurs retrouvés est le manque d'expérience des internes, qui sont influencés au début de leur stage par les professionnels paramédicaux expérimentés, tant sur le plan diagnostique, thérapeutique qu'organisationnel. L'organisation du stage engendre un impact émotionnel sur des internes, les rendant d'autant plus perméables à l'influence des professionnels paramédicaux. Avec le gain d'expérience et la connaissance des compétences de chacun, des internes deviennent capables d'affirmer et justifier leurs décisions, apportant un raisonnement différent autour de la prise en charge. La complémentarité entre internes et professionnels paramédicaux, source d'influence mutuelle, permet d'intégrer les soins dans une démarche plus globale et donc plus efficiente, notamment en évitant certaines erreurs.

Conclusion : L'influence des professionnels paramédicaux sur les prises en charge des patients par les internes en stage dans les structures d'urgences varie au cours de leur stage. Le dialogue entre internes et professionnels paramédicaux est initialement guidé par l'expérience de ces derniers, puis il tend à s'équilibrer avec l'acquisition par les internes d'une certaine assurance dans leur raisonnement et l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle.

# INTRODUCTION

Les structures d'urgences (SU) sont des environnements dynamiques et complexes dans lesquels chaque professionnel de santé joue un rôle crucial pour la prise en charge des patients. Ces structures réalisent des soins non programmés d'urgence en continu vingt-quatre heures sur vingt-quatre [1]. Divers professionnels de santé y travaillent : infirmiers (IDE), aides-soignants (AS), agents des services hospitaliers, médecins urgentistes ou d'autres spécialités, étudiants de ces différentes filières, ainsi que des internes, considérés comme des médecins en formation ayant une certaine responsabilité dans le soin, responsabilité qui reste néanmoins supervisée. Les SU sont donc par définition des lieux de situations cliniques variées et imprévisibles demandant des réponses rapides et coordonnées, ainsi que des lieux de formation [2].

L'internat correspond à la formation de la spécialité choisie après la sixième année. Il s'agit du troisième cycle des études médicales, période axée sur l'acquisition de compétences pratiques. Cette phase s'étale de trois à six ans en fonction de la spécialité : pour les urgentistes, l'internat dure quatre ans, dont une quatrième année de « docteur junior » ayant pour objectif une autonomisation progressive. Pour les généralistes, l'internat dure quatre ans depuis la rentrée de novembre 2023.

L'internat fait suite au deuxième cycle des études médicales, qui permet d'acquérir un certain nombre de connaissances théoriques, de compétences cliniques et d'être initié au raisonnement médical et à la prise de décisions. Ce raisonnement se situe à la confluence du savoir théorique et de la pratique clinique [3,4,5]. L'internat marque un tournant de la formation médicale : prise de responsabilités, intégration dans de nouvelles équipes, journées de travail denses. Autant d'éléments pouvant devenir des limites pour la formation médicale [6]. C'est dans ce contexte que les internes, au début de leur parcours professionnel, sont confrontés à une nécessité d'apprentissage rapide et conséquente.

L'étude de *Bourgeon et al* montre que la décision prise par l'interne dans un contexte d'urgence vitale, lors d'une simulation, est dépendante de sa réaction émotionnelle [7]. Les auteurs ont travaillé avec le questionnaire "Trait Emotional Intelligence Questionnaire" (TEIQUE). Ils mettent en évidence trois compétences émotionnelles associées à une meilleure prise en charge de l'urgence par

l'interne : la perception des émotions, l'affirmation de soi et la gestion du stress.

Une autre étude, celle de *Stolper et al*, relève la présence d'autres facteurs influençant la prise de décision médicale, comme l'incertitude et la temporalité, se regroupant parfois entre médecine d'urgence et médecine générale [7,8].

Dans leur analyse, *Pelaccia et al* se concentrent sur le raisonnement en situation d'urgence et ses conséquences, comme le fait de devoir penser vite, agir vite, pour mettre en place des thérapeutiques, sans même avoir de diagnostic formel [9]. Ce raisonnement médical est un processus rassemblant plusieurs facteurs variables selon le patient, le médecin, la spécialité médicale concernée, afin d'aboutir à une prise en soin adaptée pour un patient donné. Cette étude relève également des facteurs intrinsèques à la médecine d'urgence, comme le fait de devoir gérer plusieurs patients simultanément, d'interagir avec plusieurs professionnels de santé, eux-mêmes impliqués dans la gestion collaborative des situations d'urgence [9]. L'étude de *Andersson et al*, étude qualitative scandinave, insiste sur le fait que le raisonnement médical, dans les SU, débute pour le médecin avant même d'avoir rencontré le patient à partir des transmissions faites par l'équipe paramédicale d'accueil ou préhospitalière [10]. Ces auteurs relèvent trois éléments nécessaires dans le raisonnement médical : maintenir une vision globale du patient (connaître le patient, créer une relation de confiance), garder l'esprit ouvert (être mentalement préparé à l'inattendu, rechercher l'efficience et l'efficacité, s'adapter aux situations changeantes) et s'améliorer par la critique. L'influence des collègues et autres professionnels est donc évaluée comme primordiale pour ces auteurs dans la pratique de l'urgence.

En dehors des SU, l'analyse des facteurs influençant la prise en charge des urgences en exercice libéral a également été étudiée par *Dumouchel et al*, dans le cadre d'une thèse en médecine générale [11]. Ils révèlent que cette spécialité fait aussi l'objet de facteurs de prise de décision qui lui sont propres comme la logistique, la localisation ou encore la temporalité. On retrouve évidemment les facteurs liés au patient lui-même (son âge, ses antécédents, la relation de confiance qu'il a instaurée avec son médecin), ainsi que des facteurs communs à tous les médecins, comme le « *gut feeling* »,

défini comme une sorte d'alarme pouvant interpeller le médecin face à un élément de gravité potentielle [8].

Le travail en équipe est une composante essentielle dans le domaine du soin [2] et contribue même au bien-être professionnel [12]. Ce travail en équipe se construit différemment selon le lieu d'activité, libérale avec ou sans coordination, ou dans des services hospitaliers. Dans les SU, l'articulation des tâches est indispensable lors de la gestion d'une urgence vitale, où chaque intervenant doit connaître précisément son rôle. Une entraide solide entre les différents protagonistes est absolument nécessaire dans ce type de situation, où le but est de repérer et traiter rapidement les défaillances vitales. Le point de vue différent de chaque intervenant peut apporter une aide majeure pour le médecin dans sa démarche. Le travail en comité réduit est ici une des particularités du travail en équipe aux urgences et pourrait contribuer à une interaction dans les soins plus forte que dans une unité d'hospitalisation. Une communication interprofessionnelle de qualité est primordiale dans cet environnement singulier [13]. Il s'agit d'un lieu d'apprentissage et de compagnonnage où les étudiants AS, IDE et médecins passent lors de leur cursus. Depuis la réforme du troisième cycle, les internes de médecine générale et de médecine d'urgence effectuent un stage dans une SU dès leur première année d'internat [14].

Il existe peu d'études s'intéressant à l'influence interhumaine sur la prise de décision médicale. De plus, les études retrouvées s'intéressent à un personnel médical et paramédical déjà expérimenté, mais non à ceux qui s'initient au métier, à savoir les internes [2,10,11]. En tant que jeunes médecins, et faisant leurs premiers pas dans leurs prises de décision, nous émettons l'hypothèse qu'ils seraient plus sensibles à ces facteurs d'influence qu'un médecin senior qui a déjà acquis de l'expérience sur le terrain [7,9].

Au vu de ces éléments spécifiques au milieu de travail, il paraissait intéressant d'évaluer l'influence de la relation interhumaine sur la prise de décision des internes, et de comprendre la dynamique de cette collaboration afin d'identifier des leviers d'amélioration dans cet environnement singulier que sont les SU.

L'objectif de cette étude est donc de définir l'influence du personnel paramédical sur les prises en charge des patients par les internes en stage dans les SU adultes de la subdivision du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers.

## **MÉTHODES**

Il s'agissait d'une étude qualitative selon théorisation ancrée auprès d'internes en médecine, pendant leur stage dans une SU adultes. La théorisation ancrée est la méthode la plus fréquemment utilisée dans les études qualitatives. Selon sa définition, elle a pour objectif de « générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressives et valides de données empiriques qualitatives. » [15]

### **POPULATION D'ETUDE :**

La population d'intérêt concernait les internes en Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale (DESMG) et de Médecine d'Urgence (DESMU), durant leur phase socle, ayant effectué un stage à temps complet dans une SU adultes de la subdivision du CHU d'Angers (CHU Angers, Centre Hospitalier (CH) Le Mans, CH Cholet, CH Saumur, CH Laval, CH Château-Gontier, CH Mayenne). N'ont pas été inclus les internes ne prenant que des gardes dans les SU concernées.

Le recrutement a été effectué en contactant les internes par l'intermédiaire du mailing universitaire, de fiches d'information déposées dans les bureaux médicaux des SU et des réseaux sociaux.

En raison du choix d'analyse par théorisation ancrée, l'échantillonnage a été raisonné et théorique. La variation maximale de l'échantillon a été recherchée sur les critères d'âge, de sexe et de spécialité médicale.

### **RECUEIL DES DONNEES :**

Les données ont été recueillies lors d'entretiens individuels semi-dirigés. La période de réalisation des entretiens s'est étendue de juin 2023 à janvier 2024. La construction du guide d'entretien se basait sur des hypothèses formulées à partir des données de la littérature existantes. Il a évolué au fur et à mesure de la réalisation des entretiens selon les réponses reçues (annexe I).

Les investigateurs se sont répartis de manière équivalente les entretiens à effectuer.

Chaque entretien a été enregistré sous format audio à l'aide du téléphone portable de l'investigateur l'ayant réalisé. Il a ensuite été retranscrit mot à mot via le module "Dictée" du logiciel *Word*. Le nom des personnes interrogées a été anonymisé.

Pour chaque entretien, l'investigateur a recueilli auprès de l'interne interrogé, son sexe, son âge, son statut familial, son lieu de résidence, le lieu d'exercice pour le stage dans la SU, le semestre en cours au moment du stage ainsi qu'un éventuel passage antérieur en tant que faisant fonction d'interne (FFI) dans une SU adultes. Avant chaque entretien, l'investigateur informait oralement le participant du sujet de l'étude, de l'enregistrement de l'entretien et des conditions d'anonymisation des données. Le participant remplissait et signait une fiche de consentement (annexe II). Son consentement pouvait être retiré à tout moment. Les enregistrements audios seront conservés douze mois puis détruits.

Le lieu de l'entretien était défini par l'investigateur pour limiter les interruptions et permettre un calme propice aux entretiens.

Un premier entretien a été réalisé pour tester le guide d'entretien, et n'a pas été inclus dans les analyses.

### **ANALYSE DES DONNEES :**

Chaque entretien a d'abord été analysé individuellement par chaque investigateur sur un tableau *Excel*, selon une analyse inductive. Les analyses ont d'abord été recoupées par les deux investigateurs puis triangulées par les directrices de thèse pour tous les entretiens.

La suffisance des données a été considérée comme atteinte lorsque les entretiens n'ont plus apporté de nouvelles données.

Ce travail a été rédigé en respectant les exigences de la grille COREQ [16] (annexe III).

**ETHIQUE :**

Le consentement oral et écrit de chaque participant a été recueilli après information éclairée en amont de chaque entretien (annexe II). L'étude était hors du cadre de la loi Jardé.

# RÉSULTATS

## DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON :

Douze entretiens ont été réalisés entre juin 2023 et janvier 2024. La suffisance des données a été obtenue après dix entretiens. Les caractéristiques des participants sont décrites dans le tableau I ci-dessous.

**Tableau I : Caractéristiques de la population :**

N°	Sexe	Age (ans)	Statut familial	Lieu de résidence	Lieu du stage	Semestre au moment du stage	FFI antérieur aux UA ?	Investigateur meneur de l'entretien	Date (mois/année)
<b>E1</b>	F	25	En couple	Angers	Angers	S1 MG	Non	I1	06/23
<b>E2</b>	H	25	En couple	Angers	Angers	S1 MG	Non	I1	06/23
<b>E3</b>	H	25	En couple	Angers	Cholet	S1 MG	Non	I2	06/23
<b>E4</b>	F	24	En couple	Angers	Mayenne	S1 MG	Non	I2	07/23
<b>E5</b>	F	25	Pacsée	Mayenne	Mayenne	S1 MG	Non	I2	07/23
<b>E6</b>	H	25	Célibataire	Laval	Laval	S1 MG	Non	I2	07/23
<b>E7</b>	H	25	En couple	Angers	Cholet	S1 MG	Oui	I2	08/23
<b>E8</b>	F	26	Célibataire	Laval	Laval	S1 MG	Non	I1	06/23
<b>E9</b>	F	26	En couple	Laval	Laval	S1 MG	Non	I1	06/23
<b>E10</b>	F	25	Célibataire	Angers	Angers	S1 MU	Non	I2	10/23
<b>E11</b>	H	26	Célibataire	Angers	Cholet	S1 MU	Oui	I2	01/24
<b>E12</b>	F	25	Célibataire	Laval	Laval	S1 MG	Non	I1	06/23

Abréviations : E : entretien ; H : homme ; F : femme ; UA : urgences adultes ; MG : médecine générale ; MU : médecine d'urgence ; S : semestre ; FFI : faisant fonction d'interne ; I1 : investigateur 1 ; I2 : investigateur 2.

# 1. Facteurs d'influences intrinsèques

## 1.1. Manque de légitimité et sentiment d'incompétence

### 1.1.1. Manque d'expérience

Certains internes sont confrontés au début de leur stage aux urgences à un environnement déjà bien organisé, avec des soignants habitués au fonctionnement de la structure. Ils manquent de repères, se retrouvent perdus au milieu d'une activité de travail intense. Les professionnels paramédicaux (PP) accompagnent ces internes, qui manquent d'expérience, à trouver leur place, notamment en les aiguillant sur leur rôle aux urgences.

Entretien (E) 4 : « *elles m'aidaient beaucoup à m'aiguiller sur ce qu'il fallait faire* ».

E5 : « *et du coup moi je me retrouve un peu voilà au milieu de tout ça [...] en fait elles pouvaient nous remettre sur les rails* ».

On retrouve la jeunesse comme étant un facteur d'influence auprès d'un interne. Cet élément confirme le sentiment de manque d'expérience.

E4 : « *je pense qu'on est davantage influencé quand on est jeune* ».

Ce manque d'expérience ressenti provoque aussi chez certains internes un défaut de confiance en leurs compétences acquises en début de stage. Ils se retrouvent alors en difficulté pour prendre une décision.

E4 : « *je pense que nos choix sont surtout influencés aussi par notre confiance en soi* ».

E5 : « *c'est très difficile au début quand on est premier semestre et n'ayant pas fait de FFI* ».

Du fait de leur première expérience aux urgences, des internes tentent de trouver des solutions auprès de collègues plus expérimentés qu'eux, notamment les PP. Ils se rassurent avec l'expérience de leurs collègues et les questionnent sur leurs pratiques habituelles.

E4 : « *des situations qui me sont un peu plus inconfortables et que du coup les gens autour de moi les ont déjà gérées, je pense que je me réfère davantage à ces personnes* ».

E5 : « *mais c'est vrai que là au moment T c'est l'infirmière qui m'a un petit peu imposé le truc* ».

E6 : « *de comment ils font d'habitude dans ces cas-là* ».

De même, ces professionnels peuvent anticiper et rectifier les prescriptions hésitantes d'un interne.

E7 : « *j'oublie des choses par exemple sur un BH « tu veux une lipase ? » Ah oui c'est vrai que je*

*veux bien. Donc c'est souvent des petits ajouts comme ça sur des bio ».*

La fatigue est retrouvée comme un facteur majorant ce recours à la supervision directe, sans contrôle personnel de certaines données médicales. Dans ce contexte de fatigue, un interne a l'impression de ne pas prêter attention en détails à l'ensemble des éléments du dossier médical.

E7 : « *tu te reposes un peu plus sur ce qu'elles te disent et peut-être un peu moins tendance à aller chercher quand même le petit truc qui colle* ».

### **1.1.2. Manque d'assurance et de légitimité**

Certains internes se sentent incompétents pour des tâches pourtant ressenties comme basiques.

E10 : « *[...] de ne pas oser prescrire même un petit DOLIPRANE* ».

Ce sentiment d'incompétence peut être à l'origine d'une inquiétude, d'une crainte de nuire dans la pratique courante, quelle que soit la gravité du patient. Elle provoque une anxiété anticipatrice avant de commencer l'accompagnement des patients.

E10 : *[...] de stresser pour tous les patients que j'allais voir, peu importe si c'était un tri 1 ou un tri 4 [...] j'ai eu des moments où ça allait pas très bien, enfin où je sentais que le stress montait, que je paniquais un petit peu* ».

Cette impression se traduit aussi par une peur du jugement de la part des PP. Un interne appréhende l'idée de renvoyer l'image d'un soignant illégitime vis-à-vis de ses collègues, et se retrouve même déstabilisé dans ses relations avec eux.

E7 : « *avec certaines infirmières [...] j'étais beaucoup moins à l'aise sur le fait de demander tout ce que je voulais faire [...] analysait ce que je faisais, j'étais pas sûr s'il se disait « voilà il est nul » ou autre chose* ».

D'autre part, l'illégitimité éprouvée se manifeste par un manque de positionnement d'une interne, celle-ci ayant du mal à faire valoir son point de vue auprès des collègues. Cela peut engendrer une attitude hiérarchique inversée entre les différents professionnels, qui ne correspond pas à la place imaginée par l'étudiant en troisième cycle.

E10 : « *je me suis peut-être pas assez imposée pour qu'on exécute ce que je demandais* ».

## 1.2. Impact émotionnel

Des émotions et notamment des facteurs de stress peuvent modifier le positionnement des internes dans l'exercice de leur profession, les incitant à chercher de l'aide auprès des PP plus facilement. Par exemple, l'arrivée dans un environnement nouveau est une situation stressante pour certains internes, que ce soit l'arrivée dans un nouveau service, un nouvel hôpital ou bien une nouvelle ville, le tout au sein d'une nouvelle équipe, avec de nouveaux collègues.

E3 : « *Au niveau de l'ambiance générale au début c'est pas évident parce que tu connais pas grand monde* ».

E11 : « *J'avais un peu d'appréhension avant de commencer le stage. Je savais pas comment ça allait se passer parce que je débarquais dans une toute nouvelle subdivision que je connaissais pas, toute nouvelle ville, des nouveaux hôpitaux, des nouveaux logiciels pour bosser, des nouvelles façons de faire* ».

Les nouvelles expériences, comme la première garde, reviennent aussi comme un facteur de stress important, y compris les appels téléphoniques provenant d'autres services.

E8 : « *Donc première garde, donc hyper stressée. Je ne savais pas du tout comment ça allait se passer* ».

E9 : « *Après, il y avait des moments un peu stressants, notamment les gardes. [...] Et je sais pas pourquoi j'étais stressée, parce que c'était ma première garde et que je savais pas ce qu'il avait et que je voyais qu'il se dégradait de plus en plus. [...] Les étages c'est un peu stressant* ».

Une interne, E9, décrit une transmission du stress entre les intervenants, et notamment de la part d'un PP devant une situation clinique qui pouvait le mettre en difficulté.

E9 : « *il me transmettait un peu son inquiétude et après tout du long de la soirée je faisais que de retourner voir mon chef en disant « t'es sûr tu veux pas revenir vite fait le voir parce qu'il est vraiment pas bien »* ».

Dans ce contexte, E10 décrit un mal-être pouvant évoluer vers une anxiété, parfois généralisée.

E10 : « *J'ai eu des moments où ça allait pas très bien enfin où je sentais que le stress montait, que je paniquais un petit peu* ».

Un sentiment de solitude est également décrit par plusieurs internes, notamment en contexte de garde lorsque le sénier n'est joignable que par téléphone.

E7 : « *La nuit, quand tu es de garde aux urgences, ton chef il dort, tu n'es qu'à trois heures du mat' solo* ».

E9 : « *Après, des fois, il y a des chefs qui nous laissaient seuls en garde [...] Quand même pas mal allaient se coucher vers minuit, une heure. Et du coup, après, on est seuls [...] Donc quand il y a des grosses urgences, des trucs comme ça, t'as un peu le coup de stress [...] j'avais un peu l'impression d'être seule quand même, parce qu'il répondait deux minutes au téléphone, il retournait se coucher quoi* ».

Cette sensation de solitude rend E8 plus perméable aux propositions faites par les PP.

E8 : « *sauf peut-être je dirais quand on est en garde. Et imagine que le chef aille se coucher et que tu es tout seul. Et bien là oui, je suis plus leur avis* ».

Cette relation avec les médecins titulaires peut aussi être compliquée par peur de comparaison, ou de ne pas avoir le niveau, et ainsi provoquer une appréhension dans la pratique médicale.

E7 : « *au début on a bien peur des chefs pendant deux mois* ».

E8 : « *Au début, avec mes chefs, certains me faisaient littéralement peur* ».

E11 : « *Je pensais vraiment que j'allais me faire gronder par tous mes chefs tout le temps parce que je saurais pas comment m'adapter, ou que je serais plus lent par rapport à ceux qui ont fait leur externat à Angers, ou moins bon* ».

Enfin, la peur ressentie aux urgences se retrouve devant certaines situations cliniques complexes, et rejoint directement le manque d'expérience. Elle incite notamment E8 à appeler rapidement de l'aide auprès des PP.

E8 : « *En fait ce qui m'a choquée c'est quand je rentrais dans la chambre du patient, j'avais un patient qui était littéralement dans le coma. [...] J'ai quasiment directement aussi appelé au secours*

*des infirmières [...] Et j'étais bien en panique, le temps que j'arrive à reprendre mes esprits ».*

En dehors du stress, l'épuisement est relevé comme un modificateur du comportement de certains internes, notamment devant un rythme de travail soutenu et un effectif réduit. Un sentiment de lassitude, de moindre investissement, peut survenir dans un contexte de fatigue, de faim ou de froid, et particulièrement en fin de journée. La faim et la fatigue incitent quelques internes à prescrire de façon plus importante et à demander plus facilement de l'aide auprès des collègues.

E2 : « *ça passe pas forcément beaucoup beaucoup en volume horaire par rapport à d'autres spécialités, mais c'est que c'est des heures qui sont assez éprouvantes parce qu'il y a beaucoup de patients ».*

E5 : « *On cède un peu plus en fin de journée peut-être, on baisse un peu plus les bras ».*

E7 : « *en plus il fait froid, tu es fatigué, en fin de journée. Tu as vu je ne sais pas combien de patients sur toute la journée, il te reste encore trois heures [...] Tu te dis, « vas-y encore une entrée », tu fais des entrées, des entrées, des entrées ».*

E8 : « *J'avais envie de tout arrêter ».*

La faim et la fatigue incitent quelques internes à prescrire de façon plus importante et à demander plus facilement de l'aide auprès des collègues.

E7 : « *un côté fatigué, ou avoir faim, ou des trucs comme ça, t'es un peu en mode automatique et tu vas forcément demander de l'aide aux autres ».*

E8 : « *souvent je suis plus fatiguée aussi, dans ces situations. Donc peut-être des fois je réfléchis moins bien, je suis plus apte à me faire influencer ».*

### **1.3. Construction des compétences**

Au fur et à mesure de l'avancée dans le stage, des internes deviennent plus matures et plus autonomes dans leur prise de décision. Ils gagnent en rigueur, deviennent plus fermes, et sont capables de justifier auprès du personnel paramédical leurs décisions.

E3 : « *mais à ce moment-là j'étais plus en fin de semestre, donc c'est vrai que je me suis dit « bah*

*non on va quand même faire un bilan » ».*

E4 : « *je leur explique pourquoi je fais pas ça* ».

E7 : « *comme je suis assez systématique à chaque fois en fait, le fait d'être influencé ou pas, je fais un peu tout le temps les mêmes choses dans tous les cas* ».

Par ailleurs, en plus de ses compétences cliniques, un interne apprend à communiquer sur son raisonnement avec l'équipe paramédicale. Cette interaction lui permet d'envisager des pistes auxquelles il n'avait pas pensé, et donc de parfaire ses hypothèses diagnostiques. Le sentiment de subir une décision se transforme en une réflexion en coopération.

E3 : « *quand tu réponds, ça permet aussi de réfléchir et de dire « Ah mais attends pourquoi je fais ça, c'est une bonne idée, et en même temps je pourrais peut-être faire autre chose »* ».

Une interne interrogée fait part initialement de sa réticence vis-à-vis du travail pluriprofessionnel. Finalement, grâce au stage, cet exercice de coopération lui permet de mieux connaître ses compétences et ses limites, et de savoir trouver du soutien auprès des collègues. L'expérience du stage aux urgences permet donc pour cette interne l'apprentissage du travail en équipe, mais également l'apprentissage sur soi.

E10 : « *je pense que j'ai appris à vivre avec. J'ai moins cette idée « le travail en équipe ça me ralentit » [...] c'est vraiment une force de travailler avec des personnes de différents métiers, de différentes spé [...] Au fur et à mesure de mon stage, j'ai beaucoup travaillé sur moi et appris là-dessus* ».

La collaboration avec les PP est un moyen de mieux appréhender leur rôle, leurs champs de compétences et la difficulté de leur travail.

E3 : « *ça fait évoluer un petit peu la mentalité ou les a priori sur le personnel paramédical* ».

Cette reconnaissance du rôle des PP est souvent décrite et permet une réciprocité avec des possibilités de formation augmentées pour les internes interrogés, notamment sur certains gestes techniques. Ils deviennent ainsi plus volontaires pour former un interne sur les gestes techniques. Tous ces éléments permettent à l'interne de développer sa compétence de collaboration interprofessionnelle, en comprenant mieux les compétences de chacun et en approchant la décision médicale partagée avec le patient et les équipes soignantes.

E10 : « *ils viennent te voir « T'as pas envie de sonder tel patient ? » ou alors « T'as pas envie de poser tel truc ? » etc. ».*

L'expérience professionnelle acquise par une interne au cours de son stage lui permet d'être plus autonome dans ses prises de décisions, et en conséquence de moins dépendre de l'avis de ses collègues.

E4 : « *dans les situations rencontrées régulièrement, que je sais comment gérer d'une manière générale, j'écoute mais du coup je sais plus comment gérer la situation* ».

Par ailleurs, le gain en expérience de E4 modifie la relation interprofessionnelle, qui jusque-là était plutôt ressentie comme dictée par les PP. Elle a l'impression de tenir un rôle de soutien, de pilier pour la prise de décision ; elle gagne la confiance de l'équipe paramédicale.

E4 : « *la nuit ils m'appellent, ils me disent « là faut que tu viennes, le patient n'est pas bien » [...] elles ont appris à me faire confiance* ».

Cette évolution améliore la qualité du travail en équipe, qui devient ainsi plus fluide. Les échanges sont plus simples, chacun connaît le travail de l'autre, ce qui rend la collaboration interprofessionnelle plus efficace.

E5 : « *quand on était assez avancé dans le semestre et qu'elles nous connaissaient bien, voilà quand on était en duo au circuit court, c'était beaucoup plus fluide* ».

E7 : « *à la fin bah elles commencent à prendre confiance en nous et là ça devient un petit peu plus fluide on va dire* ».

## 2. Echanges pluriprofessionnels

### 2.1. Association interprofessionnelle de raisonnements

#### 2.1.1. Différence de raisonnement

Du fait d'une formation initiale différente et d'un niveau d'expérience variable, des internes raisonnent différemment par rapport aux autres professionnels des urgences. Ils sont notamment concentrés sur des procédés théoriques appris pendant leur deuxième cycle, pour être le plus

exhaustif possible.

E7 : « *Je fais mon examen neuro en étant systématique parce que du coup là je veux vraiment rien louper* ».

Tandis que certains PP réfléchissent davantage selon des situations auxquelles ils ont déjà été confrontés, donc en se servant d'une expérience antérieure. E10 décrit une plus-value sur le plan humain apportée par les PP.

E3 : « *Certes ils examinent pas tous les jours des gens [...] par contre ils en voient énormément* ».

E10 : « *Les paraméd ils apportent souvent plus de choses sur le côté humain, sur le laisser-parler, enfin tout ce qui est autour, qui va faire que la partie médicale va bien se passer* ».

Les différences de raisonnement entre internes et PP s'observent donc au niveau de la formulation des hypothèses diagnostiques.

E1 : « *Quelquefois les paraméd pensent à quelque chose et c'est pas du tout à ça qu'on pense* ».

La réaction face à ces différences est variable, elles peuvent être intégrées dans la décision finale, conduisant à reconSIDéRer le raisonnement voire à le modifier.

E6 : « *ça peut changer notre raisonnement et la manière d'approcher la chose* ».

E10 : « *Ça m'est déjà arrivé des fois de remettre en question une décision ou une prise en charge, ou une prescription de telle bio ou tel traitement, parce qu'il y avait le paraméd qui disait « mais tu es sûre ? »* ».

A l'inverse, une autre interne considère cette divergence d'idées comme un obstacle, l'obligeant à faire des « *compromis* » dans sa décision.

E4 : « *elles nous soumettent leurs idées [...] du coup voilà fallait qu'on fasse des compromis* ».

Ces divergences de réflexion nécessitent parfois une affirmation de l'interne dans sa décision. Ce positionnement peut entraîner des difficultés relationnelles selon le mode de communication et l'acceptation du PP.

E4 : « *le fait que parfois elles m'ont dit des choses et que je les refusais [...] je lui ai dit « bah oui écoute on fait ça en hospitalisation mais ça n'empêche que si la personne elle a ça, ça règle le problème donc du coup elle rentre chez elle »* ».

Dans d'autres cas, ce sont des PP qui affirment leur position, trouvant certains actes demandés trop onéreux ou inutiles dans la prise en charge. La notion de coût des soins et des examens complémentaires n'est pas prise en compte comme facteur de décision par ces internes.

E3 : « *elle a dit « non ça coûte cher [...] les D-dimères ça coûte cher, tu es sûr que tu les veux ? »* ».

E6 : « *quand je veux faire un bilan [...] on me dit « oh t'es sûr, ça sert à rien de faire ça, c'est pas la peine »* ».

E10 : « *on m'a pas laissé l'impression que c'était utile et pertinent de le faire* ».

Des tensions peuvent finalement se créer entre internes et IDE.

E5 : « *Je vois bien que dans sa priorité il y a « manger » puis la titration [...] J'ai bien vu qu'elle n'était pas décidée à y aller [...] je me dis que si dans 5 minutes elle vient pas, j'irai la resolliciter* ».

E10 : « « *Ça me paraît pas si urgent que ça ce que tu me demandes, il y a d'autres trucs plus urgents à faire.* » ».

Ces situations peuvent être ressenties comme une frustration pour certains internes qui n'arrivent pas à réaliser toute la prise en charge souhaitée.

E3 : « *je me suis senti un petit peu oui frustré [...] dans le sens où je suis pas allé au bout de ce que je voulais faire [...] Je suis un peu déçu de ce moment-là* ».

E5 : « *Je suis sortie un peu insatisfaite du truc. [...] Oui frustrée du patient en général* ».

Le degré d'urgence est perçu différemment entre certains PP et des internes. Des PP ont tendance à être moins interventionnistes chez des patients qu'ils « connaissent », qui consultent fréquemment.

La connaissance a priori de ces patients par une partie de l'équipe peut limiter l'exploration des symptômes décrits. A leurs yeux, ils sont moins à risque d'avoir quelque chose de grave. Cela retentit sur la prescription d'un interne interrogé.

E3 : « « *Ah bah celle-là elle nous embête, ça fait déjà 2 fois qu'elle vient en 2 mois* » ».

E6 : « *peut-être que j'ai fait moins d'examens aussi parce que le personnel paramédical connaît la personne* ».

Les antécédents des patients sont aussi un vecteur d'orientation de la réflexion médicale pouvant limiter les prescriptions. Certains PP banalisent les prises en charge de patients jugés

« psychiatriques », et sont peu enclins à considérer une éventuelle part somatique sous-jacente, ce qui limite la prescription d'examens.

E6 : « *c'est souvent des patients un peu anxieux avec un terrain un peu psy, où des fois ils sont habitués à les voir [...] avec des symptômes somatiques, où pour la plupart des patients on ferait quand même un bilan ou quelque chose. Et là c'était pas forcément le cas* ».

E3 remarque cette banalisation surtout chez des PP expérimentés. Il ressent moins de préjugés chez les plus jeunes, ce qui renforce la neutralité dans la prise en charge. Cette subjectivité est plus ressentie la nuit avec la fatigue des équipes, ce qui renvoie aux facteurs influençant aussi les internes dans leurs décisions et réflexions.

E3 : « *parce que du coup elles ont moins d'expérience, moins de bouteille et elles partent avec moins d'apriori sur la pathologie du patient* ».

E6 : « *certains ils veulent pas toujours bosser à fond, ou en nuit profonde bah ils veulent vite faire sortir le patient* ».

### 2.1.2. Priorisation et gestion du flux aux urgences

Dans certaines SU, la première évaluation du patient est effectuée par un/une IDE appelé(e) « Infirmier(ère) d'Orientation et d'Accueil » (IOA). Cela conduit à un triage de patients selon le degré de gravité.

E8 : « *Et c'est eux qui vont te dire, « je ne le sens pas ce patient. »* ».

Bien que la priorisation initiale soit le plus souvent réalisée par l'IOA, les médecins doivent savoir eux aussi prioriser les prises en charge pour être efficents. Cette tâche est donc commune entre PP et médecins, elle fait partie de la formation des internes aux urgences. Cet apprentissage nouveau est difficile, et une interne se sent complètement dépassée par la gestion du flux et par les diverses informations qu'elle reçoit de la part de ses collègues.

E1 : « *Et en même temps, il y avait pas mal de patients à ce moment-là [...] Et les aides-soignantes qui me disaient « ce patient est hyper douloureux, faut vraiment aller le voir ». Je disais « oui mais cette patiente-là faut appeler le réanimateur, cette patiente là... » et on sait pas trop où donner de la*

tête. [...] Et en fait l'aide-soignante me disait « là il faut vraiment que tu ailles voir Monsieur qui était le tri violet parce qu'il est vraiment très très très très douloureux ». [...] je peux pas. Je suis en train de gérer ça. Et puis après j'ai une autre personne à aller voir qui est pour le coup en tri orange ».

Le degré d'urgence peut parfois être ressenti différemment sur des situations potentiellement graves. Des internes se retrouvent alors surpris par une situation qu'ils évaluent à risque de s'aggraver, risque non ressenti par certains PP notamment au cours de la nuit.

E4 : « *Il relativisait la situation, il disait « ça va quoi le patient ne va pas mourir » alors qu'il avait 8/5 de tension [...] il avait pas saisi l'urgence de la situation ».*

E6 : « *Je demande un ECG par principe et là il y a un sus-décalage, voilà gros infarct ! Voilà 1h30 après son entrée alors que j'avais pas été prévenu, heureusement que j'étais descendu par hasard [...] ils ont dû se dire « on va pas réveiller l'interne ou le médecin ça va attendre 8h du matin ». Bon pour le coup là c'était pas le bon choix ».*

Cette différence d'analyse du degré d'urgence peut aussi se retrouver dans la gestion de la douleur. Celle-ci est parfois rapidement repérée par les PP, qui incitent une interne à voir rapidement un patient pour prescrire un antalgique.

E1 : « *Ils m'ont redirigée du coup vers un autre patient [...] en me disant « là on mettrait bien de la morphine ». Ils m'avaient conseillée et j'étais d'accord avec eux. Donc ils m'ont orientée dans l'ordre de mes priorités peut être ».*

Avec le temps, la priorisation des tâches devient plus fluide pour une interne.

E4 : « *Je finis avec les patients plus graves puis ensuite j'irai faire le test ».*

Une autre interne arrive à hiérarchiser les demandes auprès des PP en tenant compte de leur charge de travail, afin d'optimiser au mieux le temps de chaque soignant.

E9 : « *Et je pense qu'il faut que nous, on sache prioriser un peu les examens qu'on demande et le temps qu'on leur prend ».*

## 2.2. Collaboration interprofessionnelle

### 2.2.1. Première évaluation du patient aux urgences

La primo-évaluation du patient réalisée par l'IOA dans certaines SU conduit à la création d'un motif d'entrée, parfois même à un « pré-diagnostic ».

E3 : « *en gros elles nous posent entre guillemets un diagnostic* ».

E9 : « *le fait qu'ils cueillaient le motif de consultation, ça t'amène déjà presque à un diagnostic parfois [...] ils avaient écrit occlusion intestinale en motif* ».

Ces premières évaluations peuvent d'emblée orienter des internes vers un diagnostic, et permettent d'alerter sur le degré d'urgence via le motif noté par l'IOA.

E3 : « *donc c'est vrai que parfois ça peut pas mal orienter en disant « ben celui-là je le sens pas il raconte pas grand chose mais bon je le sens pas »* ».

E4 : « *ils nous préviennent quand ils sentent pas trop le patient* ».

Des internes se sentent donc orientés par cette évaluation initiale, mais soulignent tout de même l'importance de forger leur propre avis selon leur examen clinique, non réalisé par l'IOA.

E9 : « *ça nous oriente en fonction de la première évaluation qu'ils ont faite [...] comme ils vont un peu moins poser de questions, qu'ils n'examinent pas, au final des fois on change complètement de direction* ».

E12 : « *ils ne font pas l'examen clinique comme on va le faire* ».

Parfois, l'orientation initiale mène à des différences d'évaluation entre internes et IOA, les patients n'étant pas examinés médicalement à l'accueil. Ces différences au niveau des critères d'évaluation peuvent être perçues comme des fautes par des internes, par méconnaissance du rôle de chacun.

E9 : « *Et il y a des fois des ratés quoi, il y avait des patients P1 qui en fait étaient hypotendus dans la salle d'attente* ».

E12 : « *[...] et ils vont porter à tort un diagnostic* ».

Un des internes interrogé préfère même reprendre l'ensemble des éléments avec le patient, afin de ne pas être orienté dans une potentielle mauvaise direction. L'importance de l'objectivité dans l'évaluation clinique est soulignée par une autre interne.

E7 : « C'est pour ça que je pense toujours qu'il faut repartir à zéro avec le patient ».

E8 : « faut savoir à peu près rester neutre et prendre du recul ».

### 2.2.2. Complémentarité des professions

Les PP aux urgences regroupent en majorité des soignants expérimentés, à l'aise avec les pathologies les plus couramment rencontrées. Ils peuvent reconnaître précocement certains signaux, et accélérer la prise en charge en anticipant les prescriptions de bilans.

E3 : « ils connaissent enfin du moins ils semblent bien connaître certaines pathologies qui sont récurrentes [...] voilà on rentre dans un box et puis il y a l'infirmière qui dit « Oh bah ça c'est une colique néphrétique » [...] on peut être amené à trouver des choses sur des bilans bio qu'elles avaient senties au flair ».

E5 : « dans certains cas parfois elles lancent certains examens notamment les prises de sang ».

E10 : « [...] parce qu'ils ont tellement vu la même prise en charge plusieurs fois ».

Une interne reconnaît l'expérience d'un collègue au niveau des prescriptions médicamenteuses, ce qui lui permet de réaliser une prescription sereinement.

E1 : « j'ai écouté le paraméd, j'ai mis la dose, le médicament qu'il m'avait dit et la voie [...] J'étais soulagée qu'il y ait une solution en fait. Et j'avoue que j'ai assez fait confiance aveuglément ».

Toutefois, une interne reste vigilante par rapport aux anticipations des PP, qui relèvent en partie de la responsabilité médicale.

E12 : « Il se dit « Ah bah, je m'y connais assez pour faire ce qu'il faut avant [...] je fais ça sans consulter le médecin et que après, si ça se passe mal, s'il y a un problème, de toute façon, ça va être le problème du médecin » ».

Aux urgences, chaque professionnel a un rôle à jouer. E2 remarque la complémentarité des différentes professions ; il porte un regard différent sur un même patient avec les PP, ce qui aboutit à une prise en charge d'autant plus globale.

E2 : « Ils ont un regard qu'on n'a pas forcément, nous médecins, sur les patients dans certaines situations [...] c'est complémentaire, je pense qu'on s'apporte tous des choses ».

Par ailleurs, le temps passé au chevet du patient diffère entre internes et PP. Ces derniers ont plus de contact avec lui, l'évaluent plus souvent. Une interne juge ce temps passé avec le patient primordial pour une meilleure surveillance.

E9 : « *les soignants ils sont hyper utiles et je trouve aussi dans la surveillance du patient parce que nous on passe de l'un à l'autre, on va manger etc. Eux ils surveillent [...] parce que nous, tant qu'il n'y a pas un nouveau truc médical, on n'y va pas toujours en fait, on va pas toujours revoir* ».

De plus, ce temps passé avec le patient permet d'assurer une meilleure évaluation de son autonomie, de la douleur au moment des soins. Ces éléments-là ne sont pas forcément pris en compte par un interne, lorsqu'il examine le patient dans un brancard aux urgences. Ils sont néanmoins importants et vont conditionner la suite de la prise en charge.

E2 : « « *Tout à l'heure on l'a levé pour aller aux toilettes, je ne sais pas si t'as vu comment il marche, c'est chaud.* » » [...] *ils voient les malades quand ils sont inconfortables lors des soins, ce que nous on ne voit pas quand on évalue à un instant T un malade [...] on est pas forcément autant au lit du malade que les paramédicaux qui administrent les soins* ».

De même, ce contact rapproché existe également avec les familles de patients. Cela permet notamment à une interne de se sentir mieux pour annoncer à une famille la fin de vie d'un proche.

E2 : « « *cette famille-là ça fait longtemps qu'ils ont pas eu de contact avec les médecins, ce serait bien que tu ailles leur expliquer* » ».

E10 : « *Les paraméd, ils apportent souvent plus de choses sur le côté humain [...] l'annonce va bien se passer, l'accompagnement va bien se passer* ».

Néanmoins, une interne interrogée questionne le discours des PP au patient, avant qu'il n'y ait eu le moindre contact médical. Lorsque les PP s'avancent trop sur un diagnostic, cela peut entraver la relation médecin – malade.

E12 : « *ils en disent beaucoup aux patients je pense, avant que toi tu sois passé et que tu aies fait un bon examen clinique et une bonne discussion [...] ils vont se dire si c'est un diagnostic, ils vont le dire au patient* ».

De plus, la complémentarité entre PP et internes s'observe dans la mise en pratique des prescriptions. Des internes, en début de cursus, n'ont pas forcément en tête les modalités pratiques. Leurs demandes sont parfois impossibles à réaliser. Cela est corrigé par les PP réalisant le geste.

E2 : « *ils peuvent nous faire nous rendre compte de trucs pratiques auxquels on ne pense pas forcément quand on fait une prescription [...] mais on se pose pas la question parce qu'on l'administre pas nous même* ».

E5 : « *c'est peut-être aussi plus sur les choses pratico-pratiques* ».

### 2.2.3. Risque d'erreurs médicales

Les PP effectuent des actes prescrits par les médecins. Avant de les effectuer, ils contrôlent l'exactitude de la prescription. Parfois, ils sont amenés à interroger des internes lorsque la prescription est inhabituelle, pouvant être à l'origine d'une erreur thérapeutique. Cette action de « rétrocontrôle » est indispensable, protectrice, d'autant plus lorsque les prescripteurs sont en début de formation.

E10 : « *Une infirmière est venue me voir en disant « est-ce que tu es sûre des doses parce que ça me paraît énorme, et j'ai jamais mis autant »* ».

De plus, les PP participent activement à la prise en charge, et suivent les résultats d'examens pour les patients qu'ils ont en charge. Cette double lecture permet l'éviction de potentielles erreurs, et optimise aussi l'évaluation des prochains dossiers.

E11 : « *« Mince attends si ça se trouve je me suis trompé ». Je relis le compte-rendu du scanner, je m'étais bien planté. [...] Donc c'est une situation où un des paraméd m'a clairement sauvé la vie. [...] après cette journée, j'ai relu tous mes dossiers, j'ai tout re-vérifié. Du coup maintenant j'essaie vraiment de faire gaffe là-dessus* ».

A contrario, quelques erreurs peuvent être induites par des suggestions de PP à une interne, notamment thérapeutiques pour un patient donné, dans un contexte de stress ressenti par une interne débutante.

E9 : « *Et l'infirmière, en voyant la fréquence cardiaque augmenter beaucoup, elle m'a dit « donne-lui un VALIUM, il doit être en train de faire un sevrage. » [...] j'étais stressée, parce que c'était ma* ».

*première garde [...] Et sur le coup je lui ai dit « oui vas-y donne-lui un VALIUM ». Et alors qu'en fait, c'était juste qu'il était en état de choc et c'était pas du tout adapté. En plus, il avait consommé donc il y avait aucun risque qu'il soit en sevrage. C'était pas du tout adapté. [...] au final ça a rien engendré de grave, mais après coup, je me suis dit que j'aurais pas dû le faire ».*

Par ailleurs, l'interne E6 apprend l'importance de la communication entre collègues, et à veiller à la réalisation des actes de chacun afin de réduire le risque d'erreurs. Il partage l'expérience d'un retard diagnostique au cours de la nuit, en lien avec un défaut de communication.

E6 : « *après cette expérience-là, je me suis dit que je ferai plus attention la nuit surtout [...] dès que je travaillerai avec des IDE et des AS, j'aurai un petit peu la même approche, je surveillerai quand même, je poserai des questions* ».

## 2.3. Facteurs relationnels

### 2.3.1. Professionnels

La prise de poste dans un nouvel environnement demande à des internes d'effectuer un « *effort* » pour s'intégrer dans l'équipe soignante avec les PP.

E3 : « *au début on se retrouve face à une personne qui est un peu plus fermée [...] j'ai l'impression d'avoir fait l'effort effectivement parfois avec certaines personnes pour communiquer* ».

La collaboration interprofessionnelle requiert pour certains internes d'apprendre à connaître leurs collègues, déjà sur le plan purement professionnel, avec leurs habitudes de travail.

E4 : « *[...] découverte des personnalités un peu de chacun [...] des gens avec qui on travaille* ».

E5 : « *chacun a sa façon de fonctionner, pas les mêmes caractères* ».

E3 débute son stage en ayant des a priori vis-à-vis des IDE en général.

E3 : « *Oh là là, il y a les méchantes infirmières elles aiment pas les internes* » (en riant).

Alors que finalement, une autre interne manifeste sa satisfaction vis-à-vis de l'accueil qui lui est réservé par les PP.

E5 : « *elles ont su nous mettre à l'aise [...] on a été accueillis, pouponnés au début* ».

La relation professionnelle avec les PP est appréciée par des internes au cours de leur stage, décrite

même comme « *fusionnelle* » par E5 lorsqu'elle travaille au circuit court.

E4 : « *avec le personnel paramédical ça se passait très bien dans son ensemble* ».

E5 : « *avec les paraméd, globalement vraiment très très gentils, très accueillants [...] quand on était au circuit court c'était vraiment une relation presque fusionnelle* ».

### 2.3.2. Personnels

La proximité entre internes s'installe rapidement, car ils vivent une expérience commune, le début de leur internat. Certains partagent le même lieu de vie, ce qui favorise les rapprochements.

E3 : « [...] *qu'on soit déjà tous à l'internat aussi ça nous a pas mal rapprochés et donc c'était super bien l'ambiance* ».

E5 : « *on est dans le même bateau* ».

Cela entraîne chez certains internes un comportement bienveillant et d'écoute dans les situations difficiles.

E4 : « [...] *de débriefer quand ça allait un peu moins bien* ».

E10 : « *quand tu vis un moment compliqué, tes co-internes le voient donc ils viennent plus te voir* ».

E5 décrit les liens entretenus avec ses collègues internes comme « *importants* » à deux reprises, qui peuvent mener à des relations amicales et non plus uniquement professionnelles.

E3 : « *l'ambiance entre internes elle était super, on est un groupe de potes* ».

E5 : « *avec les co-internes liens très importants bien sûr [...] c'est le lien on va dire un petit peu le plus important* ».

Avec les PP, la proximité met plus de temps à s'installer, avec au départ des conversations volontiers centrées sur le travail.

E6 : « *avec les paraméd ça a pris un peu plus de temps, c'était plus à la fin du stage qu'on pouvait communiquer plus facilement* ».

E7 : « *Avec les paramédicaux évidemment il y avait toujours le patient dans la prise en charge* ».

L'emploi du mot « *évidemment* » est ici intéressant, comme si un interne ne pouvait pas envisager de parler d'autre chose avec les PP.

Néanmoins, au fil du temps, internes et PP apprennent davantage à se connaître, et à se découvrir en tant que « *personnes* » et non uniquement « *soignants* ». Cela amène à d'autres types de

conversations.

E7 : « *au fil du semestre, une petite amitié qui s'est tissée avec certaines infirmières [...] il y avait quand même toujours un petit peu d'humour [...] quand on mange sur les temps de pause là on parle différemment* ».

E8 : « *tu essayes de sympathiser avec eux aussi en dehors. Enfin tu rigoles, après tu vas apprendre sur leurs enfants, tout ça. Là il y a des relations qui se créent* ».

Cette relation devenue amicale amène chez E3 des regrets quant au fait de finir son stage aux urgences.

E3 : « *je me suis dit mince ça m'embête de partir maintenant, au bout de 6 mois c'est vrai que tu commences à apprécier les gens avec qui tu travailles* ».

Cette ambiance avec les PP peut inciter à revenir travailler occasionnellement aux urgences.

E4 : « [...] grâce à la bonne entente que je reprends aussi des gardes actuellement ».

E10 relève une transition entre le deuxième et le troisième cycle vis-à-vis des relations avec les PP.

Elle en est même surprise, car pendant l'externat, le contact était moins chaleureux.

E10 : « *quand j'étais externe, j'avais pas du tout la même relation avec les paraméd, enfin c'était juste un "bonjour" ou "au revoir" [...] Je ne m'attendais pas à cette relation-là avec les paraméd* ».

Finalement, ces bonnes relations entre collègues instaurent un sentiment de sécurité chez E10, et un environnement propice au travail.

E10 : « *ça donne plus envie de travailler cet environnement de travail, le fait de bien s'entendre avec tout le monde [...] Du coup j'ai moins de stress maintenant à prescrire des choses* ».

### 3. Conséquences sur la réflexion médicale

#### 3.1. Pression

Le positionnement des PP engendre une certaine exigence auprès des internes. Les PP ont l'habitude d'une fluidité dans l'organisation des soins, ce qui n'est pas forcément le cas pour des internes en début de formation aux urgences. Les soins aux urgences requièrent une rapidité dans le raisonnement, afin d'optimiser la gestion du flux de patients. L'équipe paramédicale demande à des

internes de réfléchir vite, parfois même avec un enchaînement de questions, ce qui semble en précipiter certains dans leur prise de décision.

E6 : « *quand on me pousse, j'ai pas le temps de réfléchir, de prendre du recul sur le moment* ».

E9 : « « *Tu voudrais faire quoi comme prise de sang ? Tu penses à quoi ?* » Des fois ils vont peut-être essayer de te pousser, de te précipiter ».

Alors même que E5 est en train de réfléchir, elle remarque que l'AS est déjà en train d'anticiper les tâches, avant même qu'elle n'ait pu donner une conduite à tenir.

E5 : « [...] pendant ce temps, l'aide-soignante elle était en train de sortir les contentions ».

Cette pression impacte personnellement certains internes, qui se sentent jugés, voire même déstabilisés dans leur travail. Cela allonge paradoxalement la réalisation de gestes techniques.

E3 : « *des fois on nous le fait un peu ressentir [...] puis au début il y en a qui nous testent un petit peu entre guillemets, « lui il travaille comment etc. »* ».

E7 : « [...] les mains qui commencent à trembler un petit peu, du coup je prends beaucoup plus de temps, je prends moins de confiance dans le geste ».

### 3.2. Optimisation de la prise en charge

En guidant certains internes, les PP permettent par exemple de soulager plus rapidement les patients, un des objectifs primordiaux aux urgences. Ils ont des réflexes vis-à-vis des modalités d'antalgie que des internes, en début de cursus, n'ont pas encore.

E1 : « *j'ai commencé la titration morphinique et c'est vrai que si on m'avait pas dit ça, je n'aurais pas été le voir aussi vite et donc il n'aurait pas été soulagé aussi rapidement* ».

E5 : « « *je vais te l'installer, je vais lui mettre le MEOPA, ce sera mieux pour toi* » ».

De plus, leur expérience leur permet d'anticiper, notamment en prélevant certains bilans biologiques en amont, afin de fluidifier le parcours du patient.

E3 : « *c'est pas des libertés en fait mais des initiatives, ils prennent une initiative pour fluidifier* ».

E9 : « *les infirmières avaient déjà fait le premier bilan* ».

### 3.3. Travail en équipe

Après cette phase initiale où le rapport avec les PP est considéré comme une pression, l'influence du personnel paramédical semble devenir un atout. C'est ce que mentionnent certains internes, ils prennent du plaisir finalement à travailler ensemble dès lors qu'ils ont pris leurs marques.

E3 : « *une fois qu'on est en place, une fois qu'on est installé, je trouve que le travail en équipe avec les infirmières/infirmiers c'était bien, c'était efficace* ».

E9 : « [...] *j'aime bien ça. J'aime bien avoir l'idée de communiquer* ».

Au fil du stage, l'influence des PP s'équilibre avec l'apprentissage des internes. Initialement, les PP menaient la prise en charge en étant directifs, en enchaînant les questions. Cet encadrement a permis à un interne de progresser et de trouver sa place dans l'équipe, à tel point qu'il ne remarque plus de séparation interprofessionnelle.

E5 : « *j'avais pas l'impression qu'il y ait une scission* ».

E5 considère même l'IDE comme un substitut au maître de stage, lorsque celui-ci n'est pas disponible pour l'accompagner dans sa réflexion.

E5 : « *quand on n'est pas forcément seniorisé etc., on est quand même bien content d'avoir l'infirmière* ».

Donc cette influence est utile pour E5, puisqu'elle lui permet maintenant de mieux se positionner dans la collaboration en équipe. Elle considère ici l'IDE comme une « alliée » et non pas comme une « meneuse ». Une vraie relation d'entraide s'installe avec le temps, chaque soignant étant prêt à s'aider mutuellement. Des internes sont plus organisés, et arrivent désormais à dégager du temps pour aider les autres soignants.

E4 : « *je lui avais dit « bah écoute si voilà tu as vraiment pas le temps, je prendrai 5 minutes et j'irai le faire »* ».

E8 : « *ils sont toujours contents qu'on les aide* ».

Réciproquement, l'équipe paramédicale se montre disponible.

E10 : « *il y a toujours quelqu'un qui est là quand tu as besoin, sans même forcément que tu ne le demandes [...] même quand elles sont hyper débordées, elles sont toujours disponibles, on peut*

*toujours compter sur elles ».*

En outre, cette entraide est nécessaire puisque, comme mentionné précédemment, chacun d'entre eux aborde le patient d'une façon différente, ce qui apporte de nouveaux éléments.

E10 : « *comme l'aide-soignante quand elle le lave, elle le change, elle remarque tel truc que moi j'ai pas pu voir, donc ça rajoute quelque chose de nouveau sur la prise en charge [...] des fois aussi, il y a des choses que les patients ne te disent pas forcément, qu'ils disent plus aux infirmières quand toi tu n'es pas là* ».

L'apprentissage auprès des PP permet une meilleure connaissance mutuelle. Cela induit une sorte de « personnalisation » dans le travail en équipe, où l'IDE, dans cet exemple-là, anticipe les besoins d'un interne.

E5 : [...] *elles nous préparent déjà l'attelle, elles savent comment on fonctionne* ».

De plus, il y a dans cet exemple une inversion des rôles, où E8, qui était au début apprenante, devient maintenant pédagogue auprès des PP.

E8 : « [...] *même si elle s'est trompée, tu vas lui dire, tu vas lui expliquer pourquoi elle a fait une erreur* ».

Elle recopie ici l'apprentissage qu'elle a reçu auprès de ses collègues, pour pouvoir maintenant leur transmettre son savoir.

Enfin, E7 relève un recours plus facile à l'avis des PP la nuit, du fait d'un effectif restreint.

E7 : « *La nuit quand il n'y a qu'une équipe qui est avec toi [...] on en prend peut être un petit peu plus soin [...] dans le sens où là si elles ont un avis bah je vais plus en tout cas le prendre en compte je pense que la journée* ».

# DISCUSSION ET CONCLUSION

## 1. Résultats principaux

Le manque d'expérience est décrit par la plupart des internes interrogés au début de leur stage, pouvant être associé à un sentiment d'illégitimité ou de manque d'assurance. Ils sont souvent aiguillés dans leurs pratiques par les PP, qui eux sont perçus comme expérimentés. Ces derniers deviennent alors une source d'aide et de réassurance pour ces internes. Il existe ainsi une influence des PP sur la décision des internes tant sur le plan diagnostique, thérapeutique qu'organisationnel. Elle est marquée par le manque d'expérience, l'environnement nouveau ainsi qu'un rythme de travail intense impactant émotionnellement certains internes interrogés, pouvant provoquer des angoisses, de la peur. D'autres facteurs sont aussi analysés, comme la lassitude exprimée notamment en fin de journée, majorée par la faim et la fatigue, de même qu'un épuisement lié au rythme de travail. Le sentiment de solitude revient également à plusieurs reprises, notamment au moment des gardes. Dans ces contextes, ces internes sont plus susceptibles d'être influencés car ils sont en recherche de soutien, et donc plus réceptifs aux avis extérieurs.

Au fur et à mesure du stage, des internes ressentent une évolution de leurs compétences cliniques, communicationnelles et au niveau de la relation interprofessionnelle. Ils décrivent un gain en autonomie au sein de la SU, entraînant une certaine satisfaction personnelle. L'expérience engrangée petit à petit leur permet d'être plus sûrs dans leur raisonnement, ce qui équilibre la discussion autour de la prise en charge avec les PP. Cette évolution les rend capables de justifier leurs décisions et de questionner les suggestions de leurs collègues, comme les motifs d'entrée rédigés par l'IOA. Ils peuvent alors percevoir les différences de raisonnement et les considérer comme un atout mais aussi parfois comme un obstacle dans leur réflexion.

La complémentarité des professions entre médecins et PP est alors perçue comme indispensable à la prise en charge globale d'un patient. Les PP portent notamment une vision différente sur certains éléments de prise en charge. Ceux-ci sont intégrés dans le raisonnement des internes, impactant ainsi directement leurs prises de décision.

Enfin, cette collaboration interprofessionnelle peut diminuer ou majorer le risque d'erreurs médicales, en instaurant différents temps de vérification des décisions médicales.

## 2. Forces et limites

Cette étude originale a permis de mettre en lumière l'importance, voire la nécessité de la formation dans le travail pluridisciplinaire pour les internes aux urgences. Elle a tenté d'en comprendre son fonctionnement au travers du point de vue d'internes en stage dans les SU. Aucune étude antérieure n'avait exploré la question de l'influence interhumaine sur la prise de décision des internes aux urgences. La suffisance des données a été atteinte permettant d'augmenter la validité externe de l'étude. De plus, les questions posées étaient ouvertes, permettant aux personnes interrogées de répondre librement sans se sentir influencées. Enfin, la triangulation des données avec les deux directrices de thèse a permis d'obtenir un regard expérimenté sur le codage des résultats, et d'en augmenter sa qualité.

Parmi les limites de cette étude, le biais d'interprétation restait présent, majoré par la formation et les projets professionnels des investigateurs. La tenue d'un journal de bord pour chaque investigateur et les rencontres avec les directrices de thèses ont permis de limiter ce biais. Une autre limite était le manque d'expérience des investigateurs, puisqu'il s'agissait ici de leur premier travail de recherche qualitatif. Les premiers entretiens ont été menés avec moins d'aisance que les derniers, qui ont bénéficié d'interventions plus nombreuses et plus pertinentes de la part des investigateurs. Malgré un recrutement raisonnable et une suffisance des données, tous les centres de la subdivision du CHU d'Angers n'ont pas été représentés. Certaines données ont ainsi pu manquer. Enfin, la plupart des internes interrogés étaient en DESMG. Une participation plus importante des internes en DESMU aurait peut-être permis d'aborder d'autres champs au niveau de l'influence des PP.

### 3. Perspectives

#### 3.1. Importance de l'interconnaissance et de la collaboration interprofessionnelle

Les entretiens réalisés mettent en avant l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle pour les médecins en formation et son impact sur le positionnement lors de leurs prises de décisions. Une collaboration efficace entre PP et médecins encourage une prise de décision partagée et permet de prendre en compte toutes les facettes du patient, afin d'optimiser la qualité des soins [17]. Ce travail en équipe est d'ailleurs mis en avant par la Haute Autorité de Santé dans un de ses travaux, le considérant comme « *une des clés de la sécurité du patient* » [18]. *Staffoni L et al* mettent en avant l'influence des facteurs individuels sur cette collaboration interprofessionnelle [19]. Ces derniers comprennent les valeurs et les attitudes de chacun, notamment la connaissance de soi et l'intérêt pour l'autre, mais aussi une certaine flexibilité, une bonne gestion de ses émotions, et le fait de savoir les reconnaître par soi et par les autres. En effet, ces éléments ressortent dans les entretiens : ils permettent aux internes d'entrer plus facilement en relation avec les PP et d'être plus à l'écoute de leurs collègues. Enfin, l'ancienneté et l'expérience sont relevées comme des paradoxes. Elles peuvent à la fois faciliter la collaboration interprofessionnelle grâce à une meilleure confiance en ses connaissances, permettant l'ouverture à l'échange, ou au contraire empêcher cette collaboration du fait d'une routine, d'habitudes difficiles à modifier [19]. Cette expérience alors ressentie comme un facteur protecteur par les internes pourrait être finalement limitante dans une prise en charge globale des patients. Ainsi, la communication permet d'échanger entre professionnels et permet une éventuelle remise en question des pratiques habituelles de chacun.

La structure peut aussi avoir une influence sur le travail collectif. Celui-ci peut être limité par une hiérarchie, notamment hospitalière, ou bien simplifié en ambulatoire par une mobilisation et une plus grande autonomie de chaque acteur de soins [20]. Le travail en équipe peut alors s'avérer laborieux notamment au sein d'un milieu hospitalier où l'équipe n'est pas choisie [21]. Cette variation des liens et son rapport avec le travail est très bien décrit par un des internes.

La confiance mutuelle au sein d'une équipe facilite les interactions, et permet une diminution des conflits [22]. *Galam E et al* étudient les conflits pouvant survenir entre séniors et internes de médecine générale en Ile-de-France, à la fois en milieu ambulatoire et en milieu hospitalier [23]. Ils relèvent que l'ancienneté et l'autonomie ne favorisent pas ces conflits, la majorité d'entre eux survenant durant la première année d'internat. Ils concluent également que ces désaccords font partie de la formation des futurs médecins. Cela évoque la capacité à défendre sa décision clinique, un des apprentissages des internes retrouvé dans les entretiens.

Cela amène à questionner l'évolution de l'influence interhumaine, due à cette collaboration interprofessionnelle, avec l'acquisition d'expérience. Notre étude s'intéresse ici à l'influence des PP sur des internes de phase socle, donc peu expérimentés. Il serait intéressant de définir l'évolution de cette influence auprès d'internes plus expérimentés, par exemple en fin de cursus.

### **3.2. Besoins de formations dans le travail collaboratif**

Les internes interrogés évoquent beaucoup le travail en équipe, le considérant comme un atout mais aussi comme une difficulté notamment en début de stage, suggérant ainsi un besoin de formation dans ce domaine.

Les éléments qui sous-tendent le travail en équipe dans une SU sont perçus différemment selon la profession. En effet, une publication émanant du corps infirmier met l'accent sur la considération des aspects relationnels pour faire face au mieux à une situation de stress aigu, comme la désignation rapide d'un « *Team Leader* » et la mise en place de stratégies de communication [24]. Parallèlement, le corps médical, du fait d'un raisonnement différent, privilégie la formation technique et ne voit dans l'amélioration du travail collaboratif qu'un moyen parmi d'autres pour prévenir la survenue d'erreurs médicales [25]. En soins primaires ambulatoires, *Ramond-Roquin et al* soulignent le bénéfice de la pratique des concertations pluriprofessionnelles au sein des maisons de santé pluridisciplinaires sur la qualité des soins, en repensant la place des différents acteurs de soins primaires et les mécanismes

de coordination [26].

Ainsi, afin d'initier au plus tôt les futurs professionnels de santé à la collaboration pluridisciplinaire et les confronter au raisonnement de chacun, la mise en place généralisée de simulations en santé pluriprofessionnelles dès les études (étudiants en médecine de deuxième cycle, étudiants en institut de formation en soins infirmiers/institut de formation d'aides-soignants) pourrait s'avérer bénéfique. La faculté de médecine de Rennes propose des simulations pluriprofessionnelles regroupant des étudiants infirmiers et des étudiants en médecine. *Le Lan A et al* s'intéressent au ressenti des étudiants rennais sur cette pratique [27]. Ces derniers conçoivent alors cette collaboration interprofessionnelle comme une véritable compétence, les incitant à poursuivre ces séances. La perception de ces formations par les étudiants est largement positive, ils montrent une réelle volonté de développer ce travail collaboratif [28].

Toujours afin de mieux connaître l'autre, à Rennes également, des "speed dating pédagogiques" entre diverses professions de santé ont été initiés, dans l'idée de mieux appréhender le travail de l'autre. Ces rencontres ont pour but d'optimiser la collaboration interprofessionnelle [29]. Il aurait alors été intéressant d'interroger les internes sur cette part de formation antérieure et leur ressenti face au travail en équipe.

### **3.3. Influence du triage des patients sur la décision médicale**

Parmi les facteurs d'influence du raisonnement médical, des internes soulèvent la place du motif et du tri définie par l'IOA. Ce motif les empêche parfois d'évaluer le patient dans sa globalité, ou est interprété comme un diagnostic par des internes. La formation et les champs de compétences de l'IOA ont fait l'objet de recommandations en 2013 [30]. Actuellement, c'est l'échelle de tri « *French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage - FRENCH* » qui est principalement utilisée en France [31], visant une reproductibilité du triage sur des critères objectifs. Certains internes soulèvent la question de la place de l'IDE vis-à-vis du médecin sur ce poste. Cette question est encore actuellement discutée.

*Oredsson S et al* retrouvent un temps d'attente et de séjour aux urgences significativement diminués

pour le patient lorsqu'une filière courte à l'accueil est organisée, pilotée par un médecin [32]. On note également dans certaines publications une prise en charge plus rapide des patients jugés « graves » [32,33,34,35], et parfois le repérage d'un patient « grave » non détecté jusque-là par l'IOA [36,37]. A l'inverse, *Denglehem A et al* montrent dans une étude française que la présence d'un médecin à l'accueil ne réduit pas le temps de passage aux urgences [38]. Par ailleurs, les outils d'évaluation de la fonction de « médecin d'accueil » ne sont pas définis, contrairement au poste d'IOA [30]. Aussi, aucune étude ne s'intéresse au ressenti des médecins sur l'intérêt de poster un médecin à l'accueil. Au vu de ces éléments, il paraît donc difficile, pour le moment, d'acter le bénéfice du rôle de médecin d'accueil. La règle actuelle est que chaque SU en France est libre d'y dédier un poste. Par contre, un médecin référent doit être identifié et joignable par l'IOA à tout moment [30].

## 4. Conclusion

L'influence des PP sur les prises en charge des patients par les internes dans les SU varie au cours de leur stage, notamment selon les émotions ressenties par les internes, l'évolution de leurs compétences professionnelles et les relations entretenues avec leurs collègues. Le dialogue entre internes et PP est initialement guidé par l'expérience des PP, puis il s'équilibre avec l'acquisition par les internes d'une certaine assurance dans leur raisonnement.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] ARS. La médecine d'urgence [en ligne]. 2018 [cité le 2 février 2024]. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/la-medecine-durgence-0>.
- [2] Bloy G, Domin JP, Abecassis P. Vers une analyse pluridisciplinaire de la décision médicale. *Journal d'économie médicale*. 2009 ; 27(4) : 173-171.
- [3] Micoulaud-Franchi JA, Amad A, Geoffroy PA, Micoulaud-Franchi JB, Fovet T, Quiles C. Les plaintes du carabin. Modèle pour un raisonnement clinique pratique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2016 ; 174 : 713-703.
- [4] Chamberland M, Mamede S, St-Onge C, Rivard MA, Setrakian J, Lévesque A, et al. Students' self-explanations while solving unfamiliar cases : the role of biomedical knowledge. *Med Educ*. 2013 ; 47(11) : 16-9.
- [5] Nendaz M. Éducation et qualité de la décision médicale : un lien fondé sur des preuves existe-t-il ? *La Revue de Médecine Interne*. 2011 ; 32 : 446-442.
- [6] Bouteiller M, Cordonnier D. Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés [thèse d'exercice]. Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2013. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00835895/document>.
- [7] Bourgeon L, Debien B, Ringeval JF, Chastres V, Vacher A. Compétences émotionnelles et prise de décision médicale lors de la prise en charge simulée d'une urgence vitale par des internes en médecine. *Trav Hum*. 2021 ; 84(2) : 139-66.
- [8] Stolper E, Van Bokhoven M, Houben P, Van Royen P, Van de Wiel M, Van der Weijden T, et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice. A focus group study of the concept and its determinants. *BMC Fam Pract*. 2009 ; 10(17).
- [9] Pelaccia T, Tardif J, Triby E, Ammirati C, Betrand C, Charlin B. Comment les médecins raisonnent-ils pour poser des diagnostics et prendre des décisions thérapeutiques ? Les enjeux en médecine d'urgence. *Ann Fr Médecine Urgence*. 2011 ; 1(1) : 84-77.
- [10] Andersson U, Söderholm HM, Sundström BW, Hagiwara MA, Andersson H. Clinical reasoning in the emergency medical services : an integrative review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2019 ; 27(76).
- [11] Dumouchel J. Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale : analyse des pratiques de généralistes normands [thèse d'exercice]. Rouen : Faculté mixte de médecine et de pharmacie ; 2012. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00770075/document>.
- [12] Estry-Béhar M, Muster D, Doppia MA, Machet G, Guetarni K. Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins - enquête SESMAT, 2007/2008. *Le Concours Médical*. 2009 ; 131(1) : 25-22.
- [13] Haberey-Knuessi V, Heeb JL, Morgan De Paula E. L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*. 2013 ; (115) : 18-8.
- [14] ISNI. R3C : réforme du troisième cycle [en ligne]. 2017 [cité le 2 février 2024]. Disponible sur : <https://isni.fr/la-r3c-reforme-du-3eme-cycle/>
- [15] Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*. 1994 ; (23) : 181-147.
- [16] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 ; 19(6) : 349-57.

- [17] WHO. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. 2010. 62p. Disponible sur [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1)
- [18] HAS. Le travail en équipe, une des clés de la sécurité du patient [en ligne]. 2021 [cité le 9 mai 2024]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/le\\_travail\\_en\\_equipe.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/le_travail_en_equipe.pdf)
- [19] Staffoni L, Knutti-Menia I, Bécherraz C, Pichonnaz D, Bianchi M, Schoeb V. Définir la collaboration interprofessionnelle : étude qualitative des représentations pratiques des formateurs/trices en santé. *Kinesither Rev*. 2019 ; 19(205) : 9-3.
- [20] Raison L, Torno A, Safourcade S, Renaut P. Que nous apprennent les étudiants de troisième cycle en études médicales de médecine générale de Rennes du « travailler ensemble » en temps de crise sanitaire ? *Exercer*. 2024 ; 203 : 232-8.
- [21] Cristofalo P, Petit O, Minvielle E. La fabrique du travail en équipe dans les établissements de santé. *Journal de gestion et d'économie de la santé*. 2019 ; 3(3) : 282-259.
- [22] Ndibu Muntu KK. Les variables associées à la collaboration interprofessionnelle dans les équipes interdisciplinaires de santé mentale [thèse d'exercice]. Montréal : Université de Montréal ; 2019. Disponible sur : [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/24270/Ndibu\\_Muntu-Keba-Kebe\\_2019\\_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/24270/Ndibu_Muntu-Keba-Kebe_2019_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- [23] Galam E, Multon R. Désaccords entre internes de médecine générale et seniors sur les soins aux patients. *Gestion et impacts sur le hidden curriculum. Étude qualitative de 37 situations en Île-de-France*. La Presse Médicale. 2016 ; 45(3) : 50-39.
- [24] Cole E, Crichton N. The culture of a trauma team in relation to human factors. *J Clin Nurs*. 2006 ; 15(10) : 1257-66.
- [25] Risser DT, Rice MM, Salisbury ML, Simon R, Jay GD, Berns SD. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. The MedTeams Research Consortium. *Ann Emerg Med*. 1999 ; 34(3) : 373-83.
- [26] Ramond-Roquin A, Allory E, Ficquet L. La concertation pluriprofessionnelle au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles : pratiques hétérogènes et stratégies locales. *Revue Française des Affaires Sociales*. 2020 ; 1 : 141-125.
- [27] Le Lan A. Ressenti de l'influence sur le vécu professionnel d'un enseignement interprofessionnel d'étudiants infirmiers et d'internes de médecine générale rennais basé sur la simulation en santé [thèse d'exercice]. Rennes : Université Bretagne Loire ; 2016. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01755786/document>
- [28] Fiquet L, Hugé S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaut P. Une formation interprofessionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale*. 2015 ; 16(2) : 117-105.
- [29] Renaut P, Fiquet L, Allory E, Chapron A, Hugé S, Annezo F. Le speed dating pédagogique : une innovation pour enseigner la collaboration interprofessionnelle. *Exercer*. 2015 ; 118 : 90-84.
- [30] SFMU. Le triage en structure des urgences [en ligne]. 2013. 22p. Disponible sur : [https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/rfe\\_triage2013.pdf](https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf)
- [31] SFMU. Grille FRENCH 2018 de triage IOA (version 1.2) [en ligne]. 2018 [cité le 11 mai 2024]. Disponible sur : <https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/2019%2012%2006%20FRENCH%20pour%20PDF%20A4%20V1.2%20site.pdf>
- [32] Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Göransson KE, Ehrenberg A, et al. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2011 ; 19(43).

- [33] Han JH, France DJ, Levin SR, Jones ID, Storrow AB, Aronsky D. The effect of physician triage on emergency department length of stay. *J Emerg Med.* 2010 ; 39(2) : 227-33.
- [34] Russ S, Jones I, Aronsky D, Dittus RS, Slovis CM. Placing physician orders at triage : the effect on length of stay. *Ann Emerg Med.* 2010 ; 56(1) : 33-27.
- [35] Holroyd BR, Bullard MJ, Latoszek K, Gordon D, Allen S, Tam S, et al. Impact of a triage liaison physician on emergency department overcrowding and throughput : a randomized controlled trial. *Acad Emerg Med.* 2007 ; 14(8) : 702-8.
- [36] Quitt J, Ryser D, Dieterle T, Luscher U, Martina B, Tschudi P. Does nonmedical hospital admission staff accurately triage emergency department patients ? *Eur J Emerg Med.* 2009 ; 16(4) : 172-6.
- [37] Durand AC, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, et al. ED patients : how nonurgent are they ? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med.* 2011 ; 29(3) : 333-45.
- [38] Danglehem A, Bouquillion C, Coche R, Meurisse C, Assez N, Wiel E. Intérêt du médecin d'accueil et d'orientation aux urgences adultes. Présenté dans le cadre de : Congrès Urgences, Paris, 2013.

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Caractéristiques de la population.....	10
--	----

# TABLE DES MATIERES

<b>RESUME.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>MÉTHODES .....</b>	<b>7</b>
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>10</b>
<b>1. Facteurs d'influences intrinsèques .....</b>	<b>11</b>
1.1. Manque de légitimité et sentiment d'incompétence .....	11
1.1.1. Manque d'expérience .....	11
1.1.2. Manque d'assurance et de légitimité.....	12
1.2. Impact émotionnel .....	13
1.3. Construction des compétences.....	15
<b>2. Echanges pluriprofessionnels .....</b>	<b>17</b>
2.1. Association interprofessionnelle de raisonnements.....	17
2.1.1. Différence de raisonnement.....	17
2.1.2. Priorisation et gestion du flux aux urgences.....	20
2.2. Collaboration interprofessionnelle .....	22
2.2.1. Première évaluation du patient aux urgences .....	22
2.2.2. Complémentarité des professions.....	23
2.2.3. Risque d'erreurs médicales.....	25
2.3. Facteurs relationnels.....	26
2.3.1. Professionnels.....	26
2.3.2. Personnels.....	27
<b>3. Conséquences sur la réflexion médicale.....</b>	<b>28</b>
3.1. Pression.....	28
3.2. Optimisation de la prise en charge.....	29
3.3. Travail en équipe.....	30
<b>DISCUSSION ET CONCLUSION .....</b>	<b>32</b>
<b>1. Résultats principaux.....</b>	<b>32</b>
<b>2. Forces et limites.....</b>	<b>33</b>
<b>3. Perspectives.....</b>	<b>34</b>
3.1. Importance de l'interconnaissance et de la collaboration interprofessionnelle.....	34
3.2. Besoins de formations dans le travail collaboratif.....	35
3.3. Influence du triage des patients sur la décision médicale.....	36
<b>4. Conclusion.....</b>	<b>37</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>38</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>41</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>42</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>I</b>
<b>1. Annexe I : Guide d'entretien.....</b>	<b>I</b>
1.1. Première version.....	I

1.2.	Deuxième version.....	II
<b>2.</b>	<b>Annexe II : Consentement écrit des participants.....</b>	<b>III</b>
3.	Annexe III : Grille COREQ.....	IV

## ANNEXES

### 1. Annexe I : Guide d'entretien

#### 1.1. Première version

- 1- Racontez comment se passe/s'est passé votre stage aux urgences.  
question complémentaire : quelles sont les situations que vous avez pu rencontrer ?
- 2- Comment définiriez-vous les liens que vous avez avec vos collègues aux urgences, médecins ou non ?  
question complémentaire : quel est votre ressenti concernant le travail en équipe avec les professionnels paramédicaux aux urgences ?
- 3- Quel type d'influence pensez-vous que le personnel paramédical pourrait avoir sur vous ?  
question complémentaire : racontez une situation concrète au cours de laquelle vous pensez avoir modifié votre décision diagnostique et/ou thérapeutique suite à l'avis des professionnels paramédicaux.  
si peu développé : pourquoi ? Comment vous êtes-vous senti suite à cette modification de décision ?
- 4- Quels sont selon vous les impacts des professionnels paramédicaux sur votre raisonnement médical (positifs et/ou négatifs) ?
- 5- Quels sont selon vous les impacts des professionnels paramédicaux sur votre décision de prise en charge (positifs et/ou négatifs) ?
- 6- Décrivez les moments où vous avez l'impression de prêter davantage d'importance à l'avis des professionnels paramédicaux dans votre prise en charge.
- 7- Racontez une situation au cours de laquelle vous avez travaillé avec un professionnel paramédical, avec qui la communication était aisée.  
question complémentaire : qu'en retenez-vous ?
- 8- Racontez une situation au cours de laquelle vous avez travaillé avec un professionnel paramédical, avec qui la communication n'était pas aisée.  
question complémentaire : qu'en retenez-vous ?
- 9- Avez-vous d'autres remarques par rapport au sujet ?

## 1.2. Deuxième version

- 1- Racontez comment se passe/s'est passé votre stage aux urgences.  
Comment vous sentiez-vous avant le début du stage aux urgences ?  
question complémentaire : si situation compliquée, comment cela a modifié votre façon de faire ?
  
- 2- Comment définiriez-vous les liens que vous avez avec vos collègues aux urgences ?
  
- 3- Comment vous positionnez-vous par rapport au travail en équipe de façon générale ? Et aux urgences ?
  
- 4- Racontez une situation concrète au cours de laquelle vous pensez avoir modifié votre décision diagnostique et/ou thérapeutique suite à l'avis des professionnels paramédicaux.  
Pourquoi ? Comment vous êtes-vous senti suite à cette modification de décision ?  
question complémentaire : si situation compliquée, comment cela a modifié votre façon de faire ?
  
- 5- Quels sont selon vous les impacts positifs des professionnels paramédicaux sur votre raisonnement ou prise de décision ?
  
- 6- Quels sont selon vous les impacts négatifs des professionnels paramédicaux sur votre raisonnement ou prise de décision ?
  
- 7- Décrivez les moments où vous avez l'impression de prêter davantage d'importance à l'avis des professionnels paramédicaux dans votre prise en charge.
  
- 8- Racontez une situation au cours de laquelle vous avez travaillé avec un professionnel paramédical, avec qui la communication était aisée.  
question complémentaire : comment est-ce que cela a modifié votre façon de faire ? Pourquoi cela a été facile pour vous ?
  
- 9- Avez-vous d'autres éléments à ajouter ?

## 2. Annexe II : Consentement écrit des participants

Je soussigné (NOM, Prénom) ....., déclare accepter librement et de façon éclairée, de participer comme sujet à un entretien dans le cadre d'une thèse pour obtention du titre de Docteur en médecine, interrogeant l'exercice pluriprofessionnel aux urgences.

Ce travail de thèse est co-dirigé par le Dr Delphine Douillet (médecin urgentiste, MCU-PH de médecine d'urgence au CHU d'Angers) et le Dr Lila Tillard (médecin généraliste, CCA de médecine générale au DMG d'Angers).

Je reconnaissais avoir été informé(e) que cet entretien sera enregistré (audio) et anonymisé, pour analyse des données.

Je reconnaissais avoir été informé(e) que la lecture de la transcription d'entretien pourra m'être proposée, si je le demande.

Je reconnaissais avoir été informé(e) que je pourrai retirer à tout moment mon consentement, en envoyant un mail à l'un des deux investigateurs

- Guillaume Taglang : guillaume.taglang95@gmail.com
- Méganne Louet : meganne.louet@outlook.fr

Fait à

Date :

Signature du participant/de la participante :

### 3. Annexe III : Grille COREQ

No	Item	Guide questions/description
<b>Domain 1 :</b> <b>Research team</b> <b>and reflexivity</b>		
<b>Personal Characteristics</b>		
1.	Interviewer/facilitator	<b>Which author/s conducted the interview or focus group ?</b> Méghanne Louet et Guillaume Taglang
2.	Credentials	<b>What were the researcher's credentials ?</b> E.g. <b>PhD, MD</b> Médecin généraliste non thésée (Méghanne Louet), interne en médecine d'urgence (Guillaume Taglang)
3.	Occupation	<b>What was their occupation at the time of the study ?</b> Stage d'internat puis remplacements de médecine générale et dans des SU (Méghanne Louet), stages d'internat (Guillaume Taglang)
4.	Gender	<b>Was the researcher male or female ?</b> Femme (Méghanne Louet), homme (Guillaume Taglang)
5.	Experience and training	<b>What experience or training did the researcher have ?</b> Aucune expérience en recherche qualitative pour les deux investigateurs
<b>Relationship with participants</b>		
6.	Relationship established	<b>Was a relationship established prior to study commencement ?</b> Non
7.	Participant knowledge of the interviewer	<b>What did the participants know about the researcher ?</b> e.g. <b>personal goals, reasons for doing the research</b> Les investigateurs sont thésards en médecine générale ou médecine d'urgence
8.	Interviewer characteristics	<b>What characteristics were reported about the interviewer/facilitator ?</b> e.g. <b>Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</b> Etude

No	Item	Guide questions/description
		réalisée en vue de l'obtention du titre de Docteur en médecine. Les investigateurs exercent pendant l'étude dans des SU
<b>Domain 2 : study design</b>		
<b>Theoretical framework</b>		
9.	Methodological orientation and Theory	<b>What methodological orientation was stated to underpin the study ? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</b> Analyse qualitative selon théorisation ancrée
<b>Participant selection</b>		
10.	Sampling	<b>How were participants selected ? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</b> Echantillonnage raisonné et théorique, par commodité
11.	Method of approach	<b>How were participants approached ? e.g. face-to-face, telephone, mail, email</b> Mailing universitaire, information sur les réseaux sociaux, fiches d'information déposées dans les bureaux médicaux des SU
12.	Sample size	<b>How many participants were in the study ?</b> Douze
13.	Non-participation	<b>How many people refused to participate or dropped out ? Reasons ?</b> Aucune
<b>Setting</b>		
14.	Setting of data collection	<b>Where was the data collected ? e.g. home, clinic, workplace</b> Domicile des investigateurs ou des participants
15.	Presence of non-participants	<b>Was anyone else present besides the participants and researchers ?</b> Non

No	Item	Guide questions/description
16.	Description of sample	<b>What are the important characteristics of the sample ? e.g. demographic data, date</b> Sexe, âge, statut familial, lieu de résidence, lieu d'exercice pour le stage dans la SU, semestre en cours au moment du stage, éventuel passage antérieur en tant que FFI dans une SU adultes
<b>Data collection</b>		
17.	Interview guide	<b>Were questions, prompts, guides provided by the authors ? Was it pilot tested ?</b> Les participants n'avaient pas connaissance du guide d'entretien ; le guide d'entretien a été testé une fois au préalable (participant « test » non inclus dans l'étude)
18.	Repeat interviews	<b>Were repeat interviews carried out ? If yes, how many ?</b> Non
19.	Audio/visual recording	<b>Did the research use audio or visual recording to collect the data ?</b> Enregistrement audio (téléphone des investigateurs), conservation des enregistrements pendant douze mois puis destruction
20.	Field notes	<b>Were field notes made during and/or after the interview or focus group ?</b> Oui, pendant et après l'entretien dans le journal de bord
21.	Duration	<b>What was the duration of the interviews or focus group ?</b> Entre 10 et 29min
22.	Data saturation	<b>Was data saturation discussed ?</b> Suffisance des données atteinte au bout de dix entretiens
23.	Transcripts returned	<b>Were transcripts returned to participants for comment and/or correction ?</b> Non, mais possibilité pour chaque participant d'avoir accès à la retranscription écrite de son entretien, si souhaité (cf. annexe II)
<b>Domain 3: analysis and findings</b>		

No	Item	Guide questions/description
<b><i>Data analysis</i></b>		
24.	Number of data coders	<b>How many data coders coded the data ?</b> Quatre (deux investigateurs et triangulation des données avec les deux directrices de thèse)
25.	Description of the coding tree	<b>Did authors provide a description of the coding tree ?</b> Non
26.	Derivation of themes	<b>Were themes identified in advance or derived from the data ?</b> Détermination des thèmes à partir des données d'analyse
27.	Software	<b>What software, if applicable, was used to manage the data ?</b> Aucun logiciel de codage utilisé
28.	Participant checking	<b>Did participants provide feedback on the findings ?</b> Non réalisé
<b><i>Reporting</i></b>		
29.	Quotations presented	<b>Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings ? Was each quotation identified ? e.g. participant number</b> Oui : numéro du participant, citation en italique et entre guillemets
30.	Data and findings consistent	<b>Was there consistency between the data presented and the findings ?</b> Oui : répartition des données présentées au sein des trois parties de résultats
31.	Clarity of major themes	<b>Were major themes clearly presented in the findings ?</b> Oui (cf. Résultats, trois parties)
32.	Clarity of minor themes	<b>Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes ?</b> Oui (cf. Résultats, sous parties)



**LOUET Méganne, TAGLANG Guillaume – Influence du personnel paramédical sur les prises en charge des patients par les internes en stage dans les structures d'urgences adultes de la subdivision du CHU d'Angers.**

**Introduction :** Les structures d'urgences sont des lieux accueillant des situations cliniques variées et imprévisibles, et un environnement de formation pour divers intervenants dont les internes en médecine. Ces médecins en formation doivent rapidement acquérir les bases d'un raisonnement médical rigoureux en situation d'urgence. Différents facteurs, comme le « *gut feeling* » et les émotions, interviennent dans la construction de ce raisonnement. L'objectif de cette étude est de définir l'influence du personnel paramédical sur les prises en charge des patients par les internes en stage dans les structures d'urgences adultes de la subdivision du CHU d'Angers.

**Méthodes :** Etude qualitative selon une théorisation ancrée, réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès d'internes en DESMG et DESMU durant leur phase socle, en stage à temps complet dans une structure d'urgences adultes de la subdivision du CHU d'Angers.

**Résultats :** Douze entretiens ont été réalisés entre juin 2023 et janvier 2024. La suffisance des données a été obtenue après dix entretiens. Un des principaux facteurs retrouvés est le manque d'expérience des internes, qui sont influencés au début de leur stage par les professionnels paramédicaux expérimentés, tant sur le plan diagnostique, thérapeutique qu'organisationnel. L'organisation du stage engendre un impact émotionnel sur des internes, les rendant d'autant plus perméables à l'influence des professionnels paramédicaux. Avec le gain d'expérience et la connaissance des compétences de chacun, des internes deviennent capables d'affirmer et justifier leurs décisions, apportant un raisonnement différent autour de la prise en charge. La complémentarité entre internes et professionnels paramédicaux, source d'influence mutuelle, permet d'intégrer les soins dans une démarche plus globale et donc plus efficiente, notamment en évitant certaines erreurs.

**Conclusion :** L'influence des professionnels paramédicaux sur les prises en charge des patients par les internes en stage dans les structures d'urgences varie au cours de leur stage. Le dialogue entre internes et professionnels paramédicaux est initialement guidé par l'expérience de ces derniers, puis il tend à s'équilibrer avec l'acquisition par les internes d'une certaine assurance dans leur raisonnement et l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle.

**Mots clés :** Internes, professionnels paramédicaux, urgences, expérience, raisonnement, complémentarité, collaboration interprofessionnelle.

**LOUET Méganne, TAGLANG Guillaume – Influence of paramedical staff on residents' medical care decisions during their work period in the adult emergency departments of the CHU Angers subdivision.**

**Introduction :** Emergency departments are dynamic environments characterized by a variety of unpredictable clinical situations, considered as training grounds for various healthcare practitioners, including medical residents. These trainee physicians must quickly develop a rigorous medical reasoning process in emergency situations. Different factors, including the « *gut feeling* » and emotions, impact this reasoning process. This study aims to define the influence of paramedical staff on residents' medical care decisions during their work period in the adult emergency departments of the CHU Angers subdivision.

**Methods :** Qualitative study based on a grounded theory. Semi-structured interviews were conducted with residents enrolled in DESMG and DESMU during medical residency's initial phase, who had completed a full-time work period in an emergency department of the CHU Angers subdivision.

**Results :** Twelve interviews were conducted between June 2023 and January 2024. Data sufficiency was achieved after ten interviews. One of the main factors identified is the residents' lack of experience, who are initially influenced by experienced paramedical staff, in terms of diagnosis, treatment and organization at the beginning of their work period. Working organization results in an emotional impact on residents, making them more receptive to paramedical staff influence. Over the course of work period, residents gain experience and identify colleagues' skills, making them being able to assert and justify their decisions. This may bring a different reasoning among medical care. Complementarity between residents and paramedical staff, which is a source of mutual influence, leads to more comprehensive and efficient medical care, particularly by avoiding some mistakes.

**Conclusion :** Influence of paramedical staff on residents' medical care decisions in the emergency departments varies during their work period. The discussion between residents and paramedical staff is initially led by paramedical staff's experience, but tends to balance out as residents get maturity in their reasoning and learn interprofessional collaboration.

**Keywords :** Residents, paramedical staff, emergency departments, experience, reasoning, complementarity, interprofessional collaboration.