



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

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

« La sonnette et les limites de l'infirmière dans le prendre soin »



Formateur référent : Séverine Ducloyer

CORINO Cécily
Formation infirmière
Promotion 2018-2021



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

REGIONALE

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études : La sonnette et les limites de l'infirmière dans le prendre soin

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 04 Mai 2021

Identité et signature de l'étudiant : Corino Cécily

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

Tout d'abord, je remercie ma référente MIRSI (Mémoire d'initiation à la Recherche en Soins Infirmiers), Mme Séverine Ducloyer, qui s'est rendu disponible pour m'accompagner, me guider et me conseiller tout au long de ce travail.

Je remercie ma référente pédagogique, Mme Marylène Oléron, qui m'a accompagnée durant cette formation. Je la remercie pour sa disponibilité, sa gentillesse et son écoute.

De plus, je remercie l'ensemble de mes tuteurs de stage qui m'ont appris leur métier et transmis leurs expériences et leur savoir. Je remercie tout particulièrement ma tutrice Samy pour son empathie, et qui a su me rassurer dans mes moments de doutes.

Enfin, j'aimerais remercier toutes les personnes qui ont été à mes côtés tout au long de cette formation. Merci à mes proches, mes parents de m'avoir soutenu et aidé à ne pas abandonner cette formation. Et merci à mes amies (Eva, Marion, Clara, Maëlle, Morgane, Anaëlle, Lucie) avec qui j'ai passé de très bons moments et une très chouette formation.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 1 |
| CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DEPART | 2 |
| 1. SITUATION D'APPEL N°1 | 2 |
| 2. SITUATION D'APPEL N°2 | 3 |
| 3. ÉMERGENCE VERS LA QUESTION DE DEPART | 3 |
| CADRE CONCEPTUEL..... | 5 |
| 1. LA SONNETTE | 5 |
| 1.1. <i>Définition</i> | 5 |
| 1.2. <i>Les représentations</i> | 5 |
| 1.2.1. Définition et rôle | 5 |
| 1.2.2. L'urgence d'un appel : une perception partagée | 6 |
| 1.3. <i>Répondre aux appels : un acte soignant qui s'inscrit dans le prendre soin</i> | 6 |
| 2. LES BESOINS DU PATIENT..... | 7 |
| 2.1. <i>Le patient hospitalisé : une personne vulnérable</i> | 7 |
| 2.2. <i>Les besoins exprimés</i> | 8 |
| 3. LE PRENDRE SOIN | 9 |
| 3.1. <i>Prendre soin</i> | 10 |
| 3.1.1. Définitions (soin et prendre soin)..... | 10 |
| 3.1.2. Prendre soin : une démarche complexe | 11 |
| 3.1.3. Ce que le prendre soin n'est pas | 12 |
| 3.1.4. Ce qu'est le prendre soin | 13 |
| 3.2. <i>Prendre soin ou caring ?</i> | 13 |
| 3.3. <i>La relation soignant-soigné</i> | 14 |
| 3.3.1. Définition et intérêt | 14 |
| 3.3.2. Les facteurs qui complexifient la relation | 14 |
| 3.3.3. Analyser et comprendre | 15 |
| 4. LA PERCEPTION..... | 16 |
| 4.1. <i>Définition et caractéristiques</i> | 16 |
| 4.2. <i>Une source de connaissance</i> | 17 |
| 4.3. <i>Les facteurs influenceurs</i> | 17 |
| 4.4. <i>Reconnaître la subjectivité</i> | 18 |
| METHODOLOGIE..... | 19 |

| | |
|--|-----------|
| ANALYSE DES ENTRETIENS | 21 |
| 1. LA SONNETTE : REPRESENTATIONS ET ROLES..... | 21 |
| 2. L'APPEL SONNETTE | 22 |
| 3. LE SEUIL DE TOLERANCE | 23 |
| 4. INFLUENCE DES SONNETTES REPETEES SUR LE SOIGNANT ET LE PRENDRE SOIN | 23 |
| 5. ATTITUDE SOIGNANTE | 24 |
| | |
| DISCUSSION..... | 25 |
| 1. LA SONNETTE | 25 |
| 2. LE PRENDRE SOIN ET LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE | 28 |
| 3. LES LIMITES DE L'INFIRMIERE..... | 30 |
| | |
| CONCLUSION | 32 |
| | |
| BIBLIOGRAPHIE | 35 |
| | |
| ANNEXES | 38 |

« C'est étonnant de voir à quel point cette patiente est différente ce matin de ce qu'elle était auparavant.

- En quoi a-t-elle tellement changé ?
- En fait... en rien. C'est mon regard sur elle qui a changé »

Une infirmière

Introduction

Le MIRSI, mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, est la concrétisation de ces trois années de formation. Trois années qui m'ont permis de me construire et d'évoluer, aussi bien personnellement que professionnellement. Les apports théoriques et les stages pratiques m'ont permis de forger une identité professionnelle, de développer de nouvelles compétences ainsi qu'une capacité réflexive. Ce travail de recherche est un moyen d'approfondir mes connaissances et de me remettre en question, afin d'améliorer mes pratiques de demain. Il est pour moi le reflet de mon évolution.

“C'est la chambre X qui sonne !” Combien de fois ai-je entendu cette phrase au cours de mes stages. En effet, la sonnette est un outil de communication entre le patient et le soignant qui existe depuis des décennies, bien que l'interface en lui-même ait évolué. La fréquence d'utilisation de cet outil varie d'un patient à un autre, et j'ai pu observer, au cours de mes différents stages, que la réaction face à un appel sonnette (en fonction de sa fréquence) varie selon les professionnels. Et cela influe directement sur la prise en soins du patient. C'est cette observation qui m'a interpellée et qui m'a amenée à m'interroger sur ce genre de situation. De plus, rares sont les écrits qui traitent de ce sujet.

Nous regardons souvent les choses sous un angle soignant, par le biais de nos connaissances, de nos expériences. Mais avons-nous déjà essayé de voir les choses d'un point de vue patient ? À travers ce travail de recherche, je cherche avant tout à comprendre. Comprendre ce qui pousse le patient à sonner de nombreuses fois. Comprendre ce qui pousse le professionnel à réagir de telle ou telle façon. Comprendre en quoi cela impacte la prise en soin. Comprendre dans l'objectif de remettre en question les pratiques afin de les améliorer.

Afin de vous guider dans cette recherche de compréhension, je me suis appuyée sur deux situations vécues en stage. De ces situations ont découlé des questionnements, dont je vous ferai part, qui, par la suite, m'ont amené à définir ma question de départ. Afin de la cerner plus facilement, j'aborderai des notions et concepts tels que la perception, le prendre soin ou encore la relation soignant-soigné.

Cheminement vers la question de départ

1. Situation d'appel n°1

Je découvre le milieu hospitalier lors de mon premier stage infirmier, en service de dermatologie. J'y suis depuis une dizaine de jours environ, et j'accompagne les aides-soignantes dans leur travail.

Dans mon secteur, il y a un patient, plutôt âgé, arrivé depuis quelques jours dans le service. Je n'ai plus les détails du motif d'hospitalisation, ni de son âge. Depuis son arrivée, le patient a tendance à sonner régulièrement. Lorsqu'un patient utilise la sonnette, l'appel est signalé sur des cadrans à L.E.D présents dans le couloir, indiquant de quelle chambre provient l'appel. Les soignants répondent aux demandes de ce patient qui sont la plupart du temps de type "besoin primaire", comme par exemple lui remplir sa carafe d'eau, lui donner une couverture ou encore lui approcher son adaptable. J'entends par "besoin primaire" les besoins de base dit physiologiques, en référence à la pyramide de Maslow. Des besoins dont les soignants estiment parfois que le patient est en capacité d'y subvenir seul. Une fois, suite à son appel, j'arrive dans sa chambre et lui demande ce dont il a besoin. Le patient met un certain temps avant de me répondre, comme s'il cherchait une raison à son appel. Il me demande finalement si je peux lui remplir son verre d'eau.

Face à ses demandes répétées, je remarque des changements de comportement et de discours parmi les soignants, vis-à-vis de ce patient. Par exemple, lorsque le numéro de chambre de ce patient s'affiche, les soignants n'y vont pas aussi rapidement qu'avant. Le "problème" est aussi évoqué lors des transmissions et l'équipe dit qu'à force de sonner aussi souvent, le jour où il s'agirait d'une "vraie urgence", ils (les soignants) ne feraient pas la différence.

Face à cette situation, j'étais un peu perturbée. J'étais jeune étudiante, intimidée par le monde hospitalier et les professionnels expérimentés. Dans un premier temps, j'ai vu les soignants répondre rapidement aux différentes sonnettes du service et je me suis efforcée de faire pareil. Puis dans un second temps, la réactivité et le discours de l'équipe n'étaient plus les mêmes. Je ne savais pas vraiment où me situer. J'avais envie de bien faire mon travail, d'être "bien vu" par les soignants mais je me sentais aussi influencée par ce qu'ils disaient et pensaient.

2. Situation d'appel n°2

La seconde situation se passe à mon semestre quatre. Je suis en stage depuis trois jours dans un service de soins palliatifs, dans le cadre du séminaire de découverte qui se déroule sur cinq jours. Le patient de la situation, déjà présent avant mon arrivée, est dans le service pour une pathologie en lien avec son appareil respiratoire.

Ce jour-là, le patient sonne toutes les cinq minutes. A chaque fois, il souhaite qu'on le réinstalle : s'il est allongé, il souhaite s'asseoir au bord du lit ; s'il est assis au bord du lit, il souhaite se rallonger. La charge de travail étant importante, il est difficile pour l'équipe de répondre aussi souvent à ce patient et de lui consacrer plus de temps. Je l'ai moi aussi réinstallé de nombreuses fois et, à partir d'un moment, je commence à y aller à reculons, car je n'y vois aucun intérêt, voyant que mon action précédente n'a servi "à rien".

Aux transmissions, les soignants (médecin, aides-soignantes, infirmières, psychologue) en discutent. Ils estiment qu'étant donné la fréquence des appels et du motif, strictement identique à chaque appel, il ne s'agit ni d'un comportement habituel, ni d'un réel besoin d'être réinstallé. Ils cherchent à comprendre pourquoi : qu'est-ce qui pousse le patient à sonner sans arrêt ? Est-ce que ces demandes cachent un autre besoin ? Est-ce une angoisse ? Le patient étant peu bavard, il est difficile de parler avec lui.

Le médecin décide de passer le voir. Suite à leur échange, le médecin rapporte à l'équipe qu'en effet, ce patient est très angoissé depuis qu'il est jeune. Il a confié qu'il était angoissé en permanence, que rien ne le soulageait, et qu'il ne supportait pas de rester seul. La cause de ce comportement étant identifiée, la prise en soin a été adaptée, en accord avec l'avis du patient. Si je me souviens, je crois qu'il était question d'une sédation, et l'équipe était en réflexion sur cette possibilité.

3. Émergence vers la question de départ

Ces deux situations m'ont beaucoup questionnées, car la réaction des équipes face aux appels répétés du patient est différente. Dans l'une, les soignants répondent aux demandes du patient. Dans l'autre, les soignants cherchent à en comprendre la cause. En écrivant ces situations, je me suis rendue compte que je réagissais davantage comme la première équipe, c'est-à-dire répondre à la demande. Je me souviens d'ailleurs avoir été marquée de ce qu'avait dit une infirmière des soins palliatifs : « S'il sonne aussi souvent, c'est sûrement qu'il y a autre chose derrière ». Cette phrase a développé en moi une nouvelle façon d'aborder les choses, de ne plus voir seulement une situation sous l'angle "soignant".

Je ne cherche pas ici à dénoncer ou à savoir qui a le mieux agi. Je cherche à comprendre. D'une part, comprendre ce qu'il se passe du côté soignant : comment perçoit-il la sonnette (rôle, utilité) ? En quoi l'usage de la sonnette, répété ou non, impacte-t-il son travail quotidien ? Qu'est-ce qui le pousse à répondre à un appel sonnette de façon plus ou moins réactive ? En quoi le délai de réaction en réponse aux demandes du patient l'impacte-t-il ? Dans le cas où la sonnette est utilisée de façon répétée, y-a-t-il un risque qu'il s'y habitue ? L'usage répété de la sonnette influence-t-il la relation soignant-soigné et la façon de prendre soin du patient ? Le comportement du soignant est-il différent avec un patient qui sollicite peu par la sonnette qu'avec un patient qui sollicite souvent ?

D'autre part, je cherche à comprendre la vision du patient et son comportement : pourquoi est-il amené à utiliser la sonnette ? Comment l'a perçoit-il ? Quelle compréhension a-t-il de son usage et de son utilité ?

Tous ces questionnements m'ont amené à me poser cette question de départ : **de quelle manière les demandes répétées d'un patient questionnent-elles les limites que l'infirmière pose dans le prendre soin ?**

Tout d'abord, je définirai, à travers le cadre conceptuel, quelques notions et concepts dans le but de mieux cerner la question de départ (*voir annexe I*) : la sonnette et la notion de demandes répétées, les besoins du patient, le prendre soin et enfin la perception. Ensuite, j'aborderai la méthodologie utilisée pour réaliser les entretiens avec les professionnels. Puis, à travers l'analyse, je croiserai les données récoltées lors des différents entretiens afin d'en dégager le sens, en lien avec ma question de départ. Enfin, j'exposerai mon avis dans la partie Discussion, en m'appuyant sur mon cadre conceptuel et l'analyse de mes entretiens. Mon objectif est de donner du sens à cette démarche de recherche, ainsi que de clarifier la question de départ.

Cadre conceptuel

Afin de mieux cerner le sens de ma question de départ, j'ai identifié quatre notions que je vais tenter de définir, par l'intermédiaire des propos de différents auteurs.

Tout d'abord, je parlerai de l'interface par laquelle se font les demandes, à savoir la sonnette. Ensuite, je ferai un point sur les besoins pouvant être exprimés par le patient lors de ces différentes demandes. Enfin, j'aborderai le prendre soin et la notion de perception.

1. La sonnette

« Écrire sur la sonnette, c'est réfléchir sur la relation soignant-soigné par le biais d'une interface physique » (Lallier & Maquart, 2017, p. 35).

1.1. Définition

Selon le Petit Larousse Illustré (2006), la sonnette est définie comme une « clochette ou timbre pour appeler ou pour avertir » (p. 995). Dans le monde de la santé, elle est aussi appelée "appel-infirmière" ou "appel-malade". Bien que l'interface ait évolué au fil du temps, sa fonction, d'appeler ou de prévenir quelqu'un, reste identique (Lallier & Maquart, 2017, p. 37).

1.2. Les représentations

Pour se faire une idée des représentations de la sonnette dans les services hospitaliers, Lallier et Maquart ont réalisé une enquête auprès de dix-neuf soignants, dont ils ont exposé les résultats dans leur article « La sonnette : objet d'un questionnement éthique de la pratique quotidienne des soins » (2017).

1.2.1. Définition et rôle

A l'unanimité, les soignants définissent la sonnette comme un outil. Certains précisent qu'il s'agit d'un outil de communication entre le patient et le soignant, ou encore d'un outil qui représente le lien entre le patient et l'équipe (p. 37).

Les soignants définissent le rôle de la sonnette, tant du point de vue du soignant que de celui du patient. Pour le soignant, la sonnette permet d'être informé de problèmes urgents et "non-urgents", car jugés non-vitaux, c'est-à-dire les besoins quotidiens du patient (p. 37). L'utilisation par le patient est perçue comme un moyen de communication permettant d'exprimer des sentiments et

ressentis. Ils précisent d'ailleurs qu'il s'agit d'un outil rassurant pour le patient, mais qui peut aussi être source d'angoisse du fait qu'ils ne connaissent pas le délai de réponse (p. 38).

1.2.2. L'urgence d'un appel : une perception partagée

A travers les réponses des soignants, les auteurs identifient la charge de travail comme facteur de la perception de l'urgence d'un appel. En effet, le soignant doit réaliser de nombreuses tâches dans un temps donné, ce qui nécessite une certaine rapidité. Pour certains, la sonnette est "utile" lorsqu'elle permet de répondre à un besoin urgent, mais les appels "pour tout et pour rien" minimise le rôle de la sonnette et donc son utilité (p. 38).

Les émotions peuvent également influencer la perception du caractère urgent d'un appel. Certains parlent d'angoisse et de stress : ils soulignent qu'il n'est pas évident, lorsqu'un patient sonne, de répondre dans l'immédiat, car ils sont déjà occupés à une autre tâche. La sonnette peut alors devenir une source de stress. L'un d'entre eux parle parfois d'énerverment, car cela l'oblige à interrompre sa tâche, ce qui crée une rupture dans la continuité des soins (p. 39).

Le caractère « urgent » est analysé du point de vue soignant à travers cette enquête. Dans le but de nous amener à une réflexion complète sur la notion d'urgence, les auteurs nous invitent à réfléchir à la situation vue par le patient :

Les soignants qui s'interrogent sur la réelle nécessité d'un appel ont-ils alors suffisamment analysé ce que sous-entend la simple question d'un patient : "Quelle heure est-il ?". Il peut en ce cas avoir besoin d'être rassuré, de parler, de voir quelqu'un ; le repère dans le temps qu'il demande peut être une réelle urgence pour lui (p. 38).

Ils mettent en avant le fait qu'une situation est perçue différemment selon la position dans laquelle on se trouve : ici soignant ou patient. J'aborderai la notion de perception dans le dernier chapitre de ce cadre conceptuel.

1.3. Répondre aux appels : un acte soignant qui s'inscrit dans le prendre soin

Répondre aux appels des patients fait partie intégrante du travail soignant. Il constitue un acte de soins (Lallier & Maquart, 2017, pp. 42-43) s'inscrivant dans le prendre soin du patient.

« Prendre soin s'inscrit également dans la générosité, en cherchant « à faire un peu plus que le nécessaire » et à « identifier la petite chose » De ce point de vue, tous les appels sont dignes d'intérêt » (Hesbeen, 2015 cité par Lallier, 2017, p. 41). En portant de l'intérêt à un appel, le soignant montre qu'il prend en considération la personne soignée dans toute sa singularité.

Réfléchir et/ou s'interroger sur le ressenti du patient quand il utilise la sonnette, révèle chez les soignants, une capacité à prendre soin (Lallier & Maquart, 2017, p. 41). Lallier (2017) considère qu'« appuyer sur une sonnette est toujours un appel à l'aide » et qu'elle (la sonnette) « devrait constituer un signal d'alerte à analyser » (p. 43).

Pour résumer, la sonnette est un outil qui permet de créer le lien entre la personne soignée et le soignant, et ainsi établir une communication. Par son intermédiaire, le soignant peut être prévenu d'un problème urgent, et le patient, exprimer un besoin. Il constitue un acte de soins.

Je n'ai pu comparer différentes approches au sujet de la sonnette car rares sont les auteurs qui en parlent. Je me suis appuyée sur cet unique article, cité plus haut : « La sonnette : objet d'un questionnement éthique de la pratique quotidienne des soins » (Lallier & Maquart, 2017).

Par l'intermédiaire de la sonnette, chaque patient peut « signaler immédiatement un besoin ou une demande » (Lallier & Maquart, 2017, p. 43). Dans la partie suivante, je vais aborder les besoins de la personne hospitalisée.

2. Les besoins du patient

Avant de débiter cette partie, je tiens à préciser le contexte dans lequel arrive la personne hospitalisée : l'hôpital est un milieu peu accueillant. La maladie, la souffrance, la détresse, la douleur font partie intégrante de ce milieu. Il inspire rarement un sentiment de confort et de bien-être (Habitudes Zen, 2019).

2.1. Le patient hospitalisé : une personne vulnérable

Le dictionnaire le Petit Robert (1985) associe la vulnérabilité à la « fragilité » et définit une personne vulnérable comme quelqu'un « qui peut être blessé, frappé par un mal physique » (p. 2122). La maladie (dans le sens général du terme), diminue les défenses de l'organisme, le rendant plus fragile et donc plus vulnérable sur le plan physique et psychologique.

De plus, cette vulnérabilité induit une dépendance. Tel un enfant, la personne hospitalisée dépend de l'autre (Habitudes Zen, 2019), c'est-à-dire qu'elle est dans un état où elle ne peut réaliser seule les actes de la vie quotidienne (Le Petit Larousse Illustré, 2006, p. 349). De ce fait, cette personne aura besoin des soignants (médecin, infirmier(e), aide-soignant(e), kinésithérapeute...) pour répondre à ses besoins quotidiens tel que l'alimentation, l'habillement ou encore l'hygiène ; pour obtenir des informations sur sa prise en charge ou sur sa pathologie ; pour traiter et gérer l'évolution de sa maladie et de ses symptômes.

Cette dépendance, associée à la vulnérabilité de la personne soignée et au contexte hospitalier, crée chez elle des besoins qu'elle exprime auprès de l'équipe soignante. C'est ce dont je vais parler à présent.

2.2. Les besoins exprimés

Un besoin est une « nécessité ressentie ». L'humain tente de satisfaire ses besoins, mais lorsqu'il n'y parvient pas, l'organisme lui fait ressentir un état de manque qui se traduit par des sensations telles que la faim, la soif ou encore la peur (therapeutes.com, s.d.).

La personne soignée est animée par de nombreux besoins (Wikipédia, 2020). Il existe différentes classifications des besoins humains. Je vais m'appuyer sur celle des quatorze besoins de Virginia Henderson (*voir annexe II*), bien connue en soins infirmiers.

Ces quatorze besoins sont une liste de concepts qui permettent de définir l'autonomie du patient sur les plans physique, psychologique et social (Espace soignant, s. d.). Voici la liste de ces besoins : besoin de respirer ; besoin de boire et manger ; éliminer ; se mouvoir et maintenir une bonne posture ; dormir et se reposer ; se vêtir et se dévêtir ; maintenir sa température ; être propre, protéger ses téguments ; éviter les dangers ; communiquer ; pratiquer sa religion et agir selon ses croyances et ses valeurs ; s'occuper en vue de se réaliser ; besoin de se récréer, se divertir ; besoin d'apprendre (Espace soignant, s. d.). Cette classification permet d'aborder la personne soignée dans toute sa globalité et sa subjectivité.

Une autre classification intéressante est celle de la pyramide de Maslow (*voir annexe III*).

De plus, la personne soignée se trouve dans un environnement qui ne lui est pas familier et dispose d'un grand nombre d'informations qu'il est parfois difficile à assimiler. En parallèle, son corps est malade : c'est en elle que s'exprime la maladie, que se manifestent les symptômes (Habitudes Zen, 2019). Cela crée un contexte bouleversant qui peut être à l'origine de nombreuses émotions pouvant modifier ses priorités. Sa priorité sera de comprendre ce qui lui arrive pour prendre des décisions qui

lui semblent bénéfiques (Habitudes Zen, 2019). Par conséquent, les informations qui lui sont apportées doivent être claires, simples et précises. Elles peuvent être en lien avec les examens, le fonctionnement du service (horaires des repas, horaires des visites...) ou encore le déroulement de son hospitalisation.

Cette analyse permet de comprendre le genre de besoins pouvant être exprimés par la personne soignée. Lorsqu'une maladie survient, ce sont souvent les besoins de base qui sont impactés en premier. Nous avons vu dans l'introduction de cette partie que l'humain tente de satisfaire lui-même ses besoins. Dans un contexte de vulnérabilité et de dépendance, l'individu n'étant pas en capacité de satisfaire lui-même ses propres besoins, il fait appel à un tiers pour l'aider. Cela peut se traduire par un besoin d'aide dans les gestes de la vie quotidienne, ou encore par un besoin de parler, de compagnie ou d'information.

Dans le premier chapitre sur la sonnette, nous avons vu que répondre à un appel - et donc par déduction répondre à un besoin de la personne soignée - s'inscrit dans le prendre soin. Je vais préciser cette notion dans la partie suivante.

3. Le prendre soin

Prendre soin n'est pas un néologisme, c'est-à-dire un mot ou un sens nouveau. Cette notion existe depuis longtemps et a sa propre histoire. Cependant, il est vrai que la notion de prendre soin s'est particulièrement développée dans le monde de la santé ces dernières années (Michaux, 2018, p. 16). De plus, on constate que les anglicismes envahissent de plus en plus la langue française et atteignent la sphère médicale. Par exemple, on entend parler de *care* ou encore de *caring*. En français, elles semblent dénommer plus ou moins la même chose (Michaux, 2018, p. 27). Or, tout comme le prendre soin, ces deux locutions anglo-saxonnes ont leur propre histoire et leur propre signification. Pour Lise Michaux (2018), « prendre soin n'est ... pas une tentative de traduction de *care* ou *caring* » (p. 21).

En m'appuyant sur la traduction du mot *care* dans le dictionnaire Le Robert & Collins (1987), j'ai relevé plusieurs mots clés parmi les différentes définitions proposées : "attention", "soin", "souci", "se soucier" ou encore "aimer". *Care* n'est pas univoque en anglais. Certaines traductions se rapprochent du sens de *soin* en français.

Qu'en est-il du *caring* ? D'après Lise Michaux, le *caring* correspond à la mise en œuvre du *care* (2018, p. 61). Elle s'appuie sur la définition de "*caring person*" donné par le dictionnaire anglais Cobuild : « C'est une personne qui fait preuve d'affection à l'égard des autres, qui leur fournit des choses dont elles ont besoin pour qu'ils se sentent bien, qui apporte son aide et se montre sympathique lorsque ces personnes ont des ennuis » (2018, p. 42). Elle associe cette définition au travail des soignants « appelés à fournir leur aide à des personnes ayant des besoins spécifiques, en prêtant attention à leur bien-être » (p. 42).

Walter Hesbeen constate que, pour de nombreux auteurs, le *caring* s'associe exclusivement à la spécificité infirmière (1999, p. 31). C'est également ce que remarque Lise Michaux : « aux infirmières le *care*, aux médecins le *cure*. Aux infirmières le soin, aux médecins les traitements » (2018, p. 73).

Bien que les avis soient partagés, Walter Hesbeen pense que la mise en œuvre du *caring* est optimale uniquement dans « un contexte pluriprofessionnel » et grâce à « une démarche soignante interdisciplinaire » (1999, p. 36).

A présent, je vais tenter d'apporter une définition complète du prendre soin afin de différencier ces trois notions qui sont souvent confondues : *care*, *caring* et prendre soin. Je terminerai par la relation soignant-soigné, qui est au centre de ces différentes notions.

3.1. Prendre soin

3.1.1. Définitions (soin et prendre soin)

Dans l'expression "prendre soin", "soin" est le mot central. Le Petit Larousse (2006) propose différentes définitions du mot "soin" (p. 991-992), mais le sens premier est celui d'une attention, d'une application portée à quelque chose. Il est en lien avec les expressions "prendre soin de", "être attentif à" ou encore "veiller sur".

La signification du mot a évolué au cours de l'histoire. Au XV^{ème} siècle, "soin" avait le sens de "souci", "inquiétude". Ce n'est qu'à partir du XVII^{ème} que « la signification courante de soigner, c'est à dire de "s'occuper de rétablir la santé de (quelqu'un)" apparaît » (Rey, cité par Michaux, 2018, p. 28). De nombreux auteurs s'accordent avec cette définition. Selon Walter Hesbeen (1997), "soin" désigne une « attention portée à l'autre » (p. 29). Pour Alexandra Paris (2010) « le mot soin... décrit l'attention à veiller au bon état de quelque chose ou au bien de quelqu'un » (p. 14). On remarque que la notion d'attention à l'autre est commune à toutes ces définitions.

Par ailleurs, Alexandra Paris (2010) défend l'idée que "le soin" n'est pas un geste technique (p. 13). En effet, elle le différencie "des soins", qui s'apparentent davantage à un savoir-faire, une action (donner ou faire un soin). Cette différence entre "le soin" et "les soins" est également une idée que partage Lise Michaux : « le soin apporté *aux* soins est une des idées au fondement de la notion de "prendre soin" » (2018, p. 37). Elle fait ici le lien entre le soin et le prendre soin.

Pour Walter Hesbeen (1999), « prendre soin c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé » (p. 37). Alexandra Paris s'accorde à dire que prendre soin vise à venir en aide à l'autre, avec « une dimension de vigilance particulière... à l'autre » (2010, p. 14). Selon ces auteurs, le prendre soin se différencie du soin car il « introduit un rapport à la personne malade, fait de sens et de relation » (Paris, 2010, p. 13) : c'est la relation soignant-soigné. Lise Michaux précise cette notion : « soigner, par principe, repose sur l'entrée en relation avec autrui, par la parole d'abord..., par le geste ensuite, lequel relèvera du prendre soin s'il s'accompagne là encore de paroles explicatives, descriptives, rassurantes » (2018, p. 76).

Dans son article « Le caring est-il prendre soin ? » (1999), Walter Hesbeen explique que le prendre soin passe par trois étapes : une perspective soignante, une démarche soignante et une capacité d'interférence (p. 37).

La perspective soignante correspond à « un élan par lequel l'ensemble des acteurs d'une structure, quelle que soit leur fonction, participe au développement d'un esprit soignant » (p. 37).

La démarche soignante consiste, d'une part, à une rencontre dans le but de « tisser des liens de confiance avec cette personne » (p. 38) ; d'autre part, un accompagnement (p. 39).

La capacité d'interférence signifie que pour prendre soin d'une personne, le soignant fait appel à ses nombreuses connaissances, et les met en lien pour réaliser le soin (p. 40).

En résumé, on peut dire que prendre soin lie un état d'esprit, une intention, à une démarche et des connaissances spécifiques. Prendre soin n'est pas inné et sa mise en œuvre est complexe.

3.1.2. Prendre soin : une démarche complexe

Dans son ouvrage « Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante » (1997), Walter Hesbeen différencie le compliqué du complexe afin de comprendre pourquoi la mise en œuvre du prendre soin est complexe.

Il associe le compliqué à « une approche sophistiquée » et « spectaculaire permettant de “maîtriser” l’objet » (p. 34). Pour illustrer cette notion, il prend l’exemple de la réalisation d’un acte par un soignant sur le corps humain (p. 35), qui nécessite une dextérité, une habileté et une maîtrise du geste. Un acte compliqué s’appuie sur des savoirs et règles universelles, qui, associés à l’expérience, permettent la maîtrise du geste, aussi compliqué soit-il.

En parallèle, il traite la notion de complexe. Voici sa définition : « le principe de la pensée complexe est qu’un système vivant doit à la fois être abordé de façon globale sans ignorer les éléments qui le composent et surtout, sans négliger les multiples interactions qui se produisent constamment entre ces différents éléments » (p.32). Le complexe s’oppose au compliqué par le fait qu’il ne nécessite pas une maîtrise, et qu’il ne peut s’appuyer sur un savoir total (p. 34). Il nécessite « une forme d’approvisionnement de la situation » (p. 34), une réflexion, pour prendre en compte l’ensemble des éléments tout en analysant la singularité de chacun.

Comme nous l’avons dit, prendre soin induit une relation au patient dans le but de lui venir en aide. Je vais à présent développer ce que signifie le prendre soin.

3.1.3. Ce que le prendre soin n’est pas

Afin de comprendre ce qu’est le prendre soin, il convient de définir ce qu’il n’est pas. Pour Walter Hesbeen, le prendre soin n’est ni une théorie, ni une science.

Le Petit Larousse Illustré (2006) définit la théorie comme un « ensemble de théorèmes et de lois systématiquement organisés, soumis à une vérification expérimentale, et qui vise à établir la vérité d’un système scientifique » (p. 1052). D’après cette définition, la théorie a pour objectif d’établir une vérité unique. Walter Hesbeen explique que les théories, lorsqu’elles sont imposées, « invitent à une forme de pensée unique » (p. 42), ce qui ne permet pas de prendre en compte la diversité des pratiques de soins. Il ajoute à ce sujet :

Une théorie ne pense pas. En effet, les concepts et théories, notamment en soins infirmiers, sont le fruit de la pensée de leurs auteurs, ils se présentent néanmoins à nous comme des objets, c’est-à-dire des fruits de la pensée d’un autre. Et un objet, par nature, ne pense pas (Hesbeen, 2016 cité par Michaux, 2018, p. 78).

D’après ces propos, la théorie n’invite pas à la réflexion, sachant qu’elle a déjà été menée par son auteur. Pour Lise Michaux, en accord avec les propos de Walter Hesbeen, « la notion de prendre soin est vivante, interprétable » (2018, p.77), ce qui s’oppose aux caractéristiques d’une théorie. D’autre part, elle ajoute : « dire que le prendre soin n’est pas une science, c’est en particulier spécifier que

cette notion ne se range pas aux côtés des notions dites exactes, telles les mathématiques ou la biologie » (2018, p. 79).

3.1.4. *Ce qu'est le prendre soin*

Walter Hesbeen conçoit le prendre soin en tant que valeur (1997, p. 37). Selon lui « une valeur, c'est ce à quoi on accorde de l'importance, c'est ce qui vaut quelque chose à nos yeux et que l'on a envie de faire vivre » (1997, p. 38). L'intérêt de la concevoir en tant que valeur est qu'elle est accessible à tous (Hesbeen, 1997, p. 38) et chacun est libre de l'adopter ou de la rejeter (p. 37). L'individu s'autorise « à penser sans apporter de preuves matérielles et irréfutables » (Hesbeen, 1997, p. 37). Lise Michaux précise que cela « offre un espace de liberté pour la réflexion et l'action ... pour ne pas constituer un carcan dans lequel le professionnel se trouverait à l'étroit » (Hesbeen, 1997 cité par Michaux, 2018, P. 86). Afin qu'elle garde ce statut, il est important de la travailler et de ne pas la tenir pour acquise (Michaux, 2018, p. 86).

Prendre soin est un art : voilà une seconde caractéristique de ce concept. Walter Hesbeen définit l'art du thérapeute comme « celui qui réussit à combiner des éléments de connaissance, d'habileté, de savoir-être, d'intuition qui vont permettre de venir en aide à quelqu'un, dans sa situation singulière » (1997, p. 35). Pour Lise Michaux, prendre soin n'est pas seulement une posture ou une manière d'être attentif à l'autre. C'est l'art de mettre en œuvre les compétences requises pour soigner de façon adaptée une personne en particulier (2018, p. 81). Pour exercer cet art, Walter Hesbeen précise que les soignants n'ont pas besoin de théories mais d'un ensemble de références sur lesquelles s'appuyer (1999, p. 41).

3.2. Prendre soin ou caring ?

Les notions de prendre soin et de *caring* étant définies, nous allons à présent rechercher leurs points communs et leurs différences. Ces deux approches sont en effet très proches mais ne peuvent être confondues (Walter Hesbeen, 1999, p. 30).

Walter Hesbeen indique que les deux termes font tous deux appel à des valeurs humanistes : « le plus important ... relève de la tonalité générale des deux expressions en présence. Cette tonalité est humaniste » (1999, p.43). Le Petit Larousse illustré (2006) définit l'humanisme comme une « position philosophique qui met l'homme et les valeurs humaines au-dessus des autres valeurs » (p. 554).

Contrairement au prendre soin, le *caring* est présenté comme une théorie. « Il en résulte que le *caring* pourrait apparaître... comme moins favorable à l'ouverture et à la créativité » (Hesbeen, 1999,

p. 43). De plus, le *caring* est présenté plus spécifiquement voire exclusivement comme une approche infirmière (Hesbeen, 1999, p. 36), tandis que « la notion prendre soin ... exclue d'attribuer le rôle du soin dans les soins à un métier » (Michaux, 2018, p. 73). Le prendre soin est « résolument pluriprofessionnel » (Hesbeen, 1999, p. 43).

3.3. La relation soignant-soigné

Nous avons vu ci-dessus que prendre soin implique la mise en place d'une relation à l'autre. Claude Curchod dit qu'il ne peut y avoir de soins s'il n'y a pas de relation entre les différents êtres (2018, p. 4) : « un enfant, pour se développer, a autant besoin de glucides que de paroles » (Cyrulnik, 2001 cité par Curchod, 2018, p. 27). Cette citation s'applique à tout être humain, quel que soit son âge. Elle met en évidence le fait que la relation soignant-soigné est tout aussi importante que les soins apportés. C'est pourquoi j'aborde cette notion plus en détail.

3.3.1. Définition et intérêt

Commençons par définir ce qu'est une relation. L'étymologie du mot "relation" provient du latin "relatio" qui signifie "rapport". Il s'agit donc d'un lien qui met en rapport une personne avec une autre (Pitte, 2019).

La relation soignant-soigné est souvent associée aux soins relationnels. D'après le cours de C. Le Bihan, les soins relationnels sont des « interventions verbales et/ou non verbales visant à établir une communication dans le but d'apporter une aide et un soutien psychologique à une personne » (Document non publié [Support de cours], 03 septembre 2019). La relation soignant-soigné représente un lien et une communication entre un soignant et un patient, qui « favorise la construction de liens de confiance propices à des soins de qualité » (Curchod, 2018, p. 4).

L'intérêt de s'intéresser à la relation soignant-soigné est de prendre en compte l'ensemble des facteurs qui permettent de tisser une relation de confiance, favorable dans une prise en soin.

3.3.2. Les facteurs qui complexifient la relation

Dans son livre « Prévenir et dénouer les conflits dans les relations soignants-soignés » (2018), Claude Curchod constate qu'il existe une importante diversité chez les soignants et les soignés, que ce soit au niveau de la culture, des professions ou encore du milieu social (p. 4). Cette diversité peut parfois être la source de difficultés ou de conflits au sein de la relation soignant-soigné (p. 4). Pour

nous aider à comprendre ce qui peut complexifier cette relation, Claude Curchod identifie sept catégories de facteurs (*voir annexe IV*). Certains se retrouvent dans toute relation humaine, tandis que d'autres sont spécifiques au monde des soins :

- * Les facteurs liés à la transformation de la société (p. 6).
- * Les facteurs liés à l'évolution de la médecine et des soins (p. 8).
- * Les facteurs communs aux patients et soignants (p. 10).
- * Les facteurs spécifiques aux soignants.
- * Les facteurs spécifiques aux patients et à leurs proches (p. 16).
- * Les facteurs organisationnels (p. 18).
- * Les facteurs liés au travail en équipe (p. 25).

Lorsqu'une relation devient difficile, le piège serait de faire porter les responsabilités aux autres sans en rechercher les causes qui pourraient parfois remettre en question notre travail ou bien nous-même (p. 4). Avoir conscience de ces différents facteurs peut nous aider à aborder une situation sous un autre angle, en tenant compte de l'ensemble des composantes.

3.3.3. Analyser et comprendre

Tout au long de son livre, Claude Curchod met en avant certains pièges dans lesquels nous pourrions tomber, et qui seraient à l'origine d'une relation complexe. Par exemple : « privilégier l'action à la réflexion, sans rechercher leurs complémentarités. Ce piège conduit à des comportements de précipitation, voire d'agitation, qui relèvent plus de la réaction à une situation que de l'analyse de cette dernière » (p. 101).

Un dicton chinois dit : "Agir est utile ; ne pas agir est efficace". « Trop souvent, l'efficacité d'un soignant se mesure encore à la quantité d'actes effectués, sans y inclure la qualité de ses réflexions et de ses analyses » (p.102). Une infirmière qui répond au symptôme sera souvent mieux vue car plus rapide qu'une infirmière qui cherche à comprendre la cause du symptôme, recherche nécessitant plus de temps à un instant donné. Pourtant, « l'expérience montre que "perdre" du temps auprès d'un patient ou d'une famille pour comprendre son vécu en fait souvent gagner beaucoup » (p.102). Cela permet d'apporter « une meilleure compréhension des besoins et des réactions du patient » et d'éviter « non seulement des conflits » mais aussi « de gagner en qualité des soins et en humanité » (p. 103).

Claude Curchod nous montre qu'en tant que soignant, nous avons tout à gagner à analyser une situation pour en avoir une meilleure compréhension.

Dans ma question de départ, je fais référence aux limites de l'infirmière. Après réflexion, j'ai associé ces limites à la perception. En effet, la perception de l'infirmière va définir les limites qu'elle posera dans le prendre soin.

4. La perception

Tout au long de l'Histoire, la perception a été étudiée sous différentes approches : physiologique, psychologique, sociologique ou encore philosophique. Pour aborder cette notion dans sa globalité, je me suis appuyée sur ces quatre approches.

4.1. Définition et caractéristiques

D'après le cours de S. Erhel, la perception peut être définie comme un ensemble de mécanismes psychologiques et physiologiques dont la fonction générale est la prise d'informations (et son interprétation) dans l'environnement ou dans l'organisme lui-même (Document non publié [Support de cours], 26 septembre 2018). On distingue deux éléments à travers cette définition.

D'une part, la perception fait référence à un processus, celui qui consiste au « recueil et [au] traitement de l'information sensorielle » (Wikipédia, 2020) par l'intermédiaire de nos organes sensoriels. Ce processus est nommé sensation. On parle également de « perception sensorielle » ou de « perception immédiate » (Wikipédia, 2020).

D'autre part, la perception fait référence au résultat du processus, c'est-à-dire « l'image, la prise de conscience que l'on a d'une chose, d'un événement, voire à l'idée que l'on s'en fait » (Luyat, 2014, pp. 11-12). Il s'agit d'une opération mentale, d'un « processus intellectuel permettant de passer de la sensation ... d'un objet à la représentation mentale » (Schoolmouv, s. d.).

La perception est un « état conscient » (Dokic, 2004, p. 10). De plus, « la perception n'est pas seulement un pur acte de l'esprit : elle conduit à l'action » (La-Philo, s. d.).

La sensation seule, qui est une « réception passive », est à différencier de la perception dans son ensemble, qui consiste en un « travail actif » (Schoolmouv, s. d.). L'acte de perception ne dissocie pas la sensation de l'interprétation (Dortier, 2007). Prenons un exemple :

La sensation gustative permet de ressentir un goût. La perception permet d'identifier le goût de l'oignon, de nommer en conséquence "oignon" l'objet que nous goûtons, et de l'apprécier ou pas. Mais elle permet aussi d'établir un lien entre l'objet "oignon" et une recette de cuisine (Schoolmouv, s. d.).

L'approche physiologique étudie le mécanisme de la sensation. L'approche psychologique s'intéresse davantage au résultat du processus, c'est-à-dire à « la réaction du sujet à une stimulation extérieure » (Wikipédia, 2020). L'approche philosophique cherche à comprendre le lien entre la perception et les connaissances du sujet (Wikipédia, 2020). Quant à l'approche sociologique, elle analyse les influences sociales sur la perception (Les définitions, 2011).

4.2. Une source de connaissance

Jérôme Dokic dit que « la perception... constitue une source de connaissance sur le monde » (2004, p. 10). Pour Marion Luyat, la perception « c'est la fonction de notre corps, de notre cerveau qui permet d'avoir une connaissance du monde qui nous entoure » (2014, p. 12). Tous les auteurs référencés s'accordent à dire que la perception permet de nous renseigner sur notre environnement. Les éléments qui composent cet environnement nous transmettent de l'information sous la forme d'énergies que nos organes sensoriels reçoivent et interprètent (Luyat, 2014, p. 9). Selon S. Erhel, c'est l'interprétation, le sens donné à la sensation qui constitue une source de connaissances (Document non publié [Support de cours], 26 septembre 2018).

En sociologie, la perception nous donne « une connaissance des autres et de nous-mêmes » (Carnet2psycho, s. d.). Ce sont notamment les représentations sociales et les stéréotypes qui ont cette fonction de nous renseigner sur les autres et sur nous-même, en tant que membre d'un groupe. Pour Denise Jodelet, une scientifique, « la représentation sociale est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée » (Wikipédia, 2020).

4.3. Les facteurs influenceurs

Notre perception, c'est-à-dire l'interprétation des informations de notre environnement, est influencée par de nombreux facteurs. En premier lieu il y a la culture, mais la variation perceptuelle ne dépend pas seulement de cette composante. Il y a aussi les périodes historiques (Friedman, 2011). Je vais illustrer ces propos par un exemple :

La constellation de la Grande Ourse nous apparaît sous la forme d'une grande casserole céleste ou d'un chariot. Les Anciens, en Occident, l'ont appelée Grande Ourse. C'est en fonction des représentations d'une époque, de ses modèles culturels, que nous allons donner une interprétation à ces formes perceptives (Dortier, 2007).

Asia Friedman (2011) ajoute qu'au sein d'une même culture et d'une même période historique, « le genre, la race, la classe, l'activité professionnelle, les handicaps et même les hobbies » peuvent influencer la perception. De plus, « des facteurs tels que l'âge, la fatigue, les stimuli environnementaux ou le stress pèsent également fortement sur nos performances sensorielles » (Curchod, 2018, p. 54).

La perception sociale est influencée par divers mécanismes psychologiques dont les représentations sociales et les stéréotypes. D'après le cours de P. Morchain, les représentations sociales nous amènent à percevoir le monde d'une certaine manière. Les stéréotypes sont des croyances partagées concernant les caractéristiques personnelles d'un groupe de personnes. Leur activation non consciente a des conséquences sur les perceptions et les comportements. (Document non publié [Support de cours], 29 octobre 2018).

Claude Curchod (2018) parle d'un autre mécanisme qui influence nos capacités perceptives : les filtres interprétatifs. Il énonce six types de filtres (*voir annexe V*) : biologiques, émotionnels, socio-culturels, cognitifs, expérientiels et contextuels. Ils modifient « notre façon de percevoir le monde, de le comprendre et de nous y comporter » (p. 65).

4.4. Reconnaître la subjectivité

La réalité, objective et universelle, n'existe pas. En effet, « chaque personne a sa propre perception de la réalité » (Wikipédia, 2020). Asia Friedman dit d'ailleurs qu'« il y a toujours plus d'une façon de percevoir quelque chose » (2011).

En tant que soignant, le piège est de « croire que les professionnels de la santé et les patients perçoivent et interprètent la réalité de la même manière » (Curchod, 2018, p. 53). Pour ne pas faire cette erreur, « il est important de croiser les sources d'information, et de croiser les interprétations de ces sources » (Wikipédia, 2020). De plus, pour Claude Curchod, un autre moyen d'éviter ce piège est de se remettre en question : « puisque ma perception du monde est limitée et que ma compréhension est le jeu de mes expériences et connaissances antérieures, puis-je réellement être sûr de mes interprétations présentes ? » (2018, p. 69). C'est à chaque membre du système de santé de se remettre en question, au lieu d'attendre que l'autre le fasse (Curchod, 2018, p. 69).

Pour conclure, n'oublions pas que « ce que nous percevons, pensons, connaissons, interprétons, n'est qu'une partie de la réalité » (Curchod, 2018, p. 71).

Les limites sont quelque chose de très personnel et subjectif. Dans cette dernière partie, par manque de ressources sur le sujet, j'ai décidé d'aborder uniquement la perception comme limite dans le prendre soin. Mais il en existe d'autres, comme par exemple le seuil de tolérance. C'est la raison pour laquelle je vais davantage axer mes entretiens sur ce thème.

Méthodologie

Le cadre conceptuel a permis d'exposer ce que les auteurs disent sur le thème de mon mémoire. Mais il a ses limites. En effet, il a été difficile pour certaines notions, notamment la sonnette et les limites de l'infirmière, de trouver des sources variées.

J'ai réalisé une enquête auprès de professionnels de terrain. L'objectif était d'approfondir certaines notions sur lesquelles je manquais d'informations, dans le but d'avoir une analyse la plus complète possible dans la discussion. Pour cette enquête, j'ai choisi de la faire sous la forme d'entretiens semi-directifs. L'intérêt de cette méthode est d'avoir un cadre (composé de questions) sur lequel s'appuyer pour guider l'entretien, tout en permettant à l'interlocuteur de s'exprimer librement. Contrairement à l'entretien directif, ce type d'entretien permet de poser de nouvelles questions pour approfondir le sujet. Il permet de récolter des données dites qualitatives comme des explications ou des ressentis, nécessaires à l'exploitation de la question de départ.

Dans un premier temps, j'ai construit mon guide d'entretien (*voir annexe VI*). Je l'ai structuré en trois thèmes : la sonnette (représentations) ; l'urgence et la sonnette ; la sonnette et le prendre soin. Ensuite, j'ai établi les objectifs de ces entretiens :

- * Identifier les représentations du soignant sur la sonnette.
- * Comprendre le lien entre la représentation de la sonnette et sa gestion dans le travail quotidien.
- * Établir un lien entre la perception qu'un soignant a d'un appel sonnette (répété ou non) et sa façon de prendre en soin le patient.
- * Identifier l'impact des émotions du soignant sur son travail et sa relation avec le patient.

Pour atteindre ces objectifs, j'ai élaboré huit questions réparties dans les différents thèmes.

Dans un second temps, j'ai déterminé avec quels professionnels il me semblait cohérent de réaliser ces entretiens. Je souhaitais interroger une jeune professionnelle (moins de deux ans d'expérience) et une autre plus expérimentée (plus de cinq ans d'expérience). Je cherchais avant tout à savoir si l'expérience avait un impact sur la façon de considérer la sonnette. La sonnette et son utilisation pouvant différer d'un service à l'autre, il m'a semblé judicieux qu'elles soient du même service afin que les données puissent être comparables. La sonnette étant pour moi une question universelle, il ne m'a pas semblé nécessaire de choisir un type de service particulier.

J'ai effectué mon stage en neurochirurgie au début du semestre six : j'ai choisi les deux professionnels parmi ceux du service. Je me suis renseignée sur les expériences de chacun et les ai contactés directement sur le lieu de stage. Cette démarche a été facilitante pour moi car elle m'a permis de trouver des professionnel(le)s rapidement et de pouvoir mettre un visage sur les personnes que j'allais interroger.

J'ai réalisé le premier entretien avec une jeune infirmière diplômée de juillet dernier. Elle travaille depuis en neurochirurgie. A cause de la pandémie, je n'ai pu réaliser mon premier entretien au sein du service. J'ai réservé une salle à la Bulle de l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) afin d'avoir un endroit adapté et confortable. J'ai réalisé le second entretien avec une infirmière diplômée depuis onze ans. Elle a travaillé au CHU dans différents services : ORL, soins intensifs de neurochirurgie puis neurochirurgie. Pour pouvoir réaliser l'entretien plus facilement, je l'ai fait par visioconférence.

Il était important pour moi que ces entretiens ne se fassent pas par téléphone, car je préfère voir les personnes avec qui j'échange, ce qui me met plus à l'aise. Le langage non verbal apporte des informations supplémentaires quant au sens des réponses données. Certes la voix et l'intonation sont importantes, mais les expressions de visage facilitent également la compréhension et l'analyse.

Avec l'accord des deux infirmières, j'ai pu enregistrer les entretiens avec mon téléphone portable. Cela m'a permis d'être plus concentrée et disponible pour écouter les réponses des professionnelles et mener ainsi un entretien plus vivant. L'enregistrement a également été utile pour la retranscription.

N'ayant jamais réalisé d'entretiens jusqu'à présent, j'ai ressenti plus de difficultés lors du premier. J'ai eu l'impression d'être moins naturelle et d'orienter davantage mes questions vers les réponses que je souhaitais obtenir. En posant la question à l'infirmière à la fin de l'entretien, elle me dit ne pas avoir eu cette impression et s'est sentie libre de s'exprimer. En revanche, pour le second

entretien, j'ai eu le sentiment d'avoir eu plus de facilités, tant au niveau de la conduite de l'entretien que du type de questions. Mais, je pense que cela n'a pas créé de biais dans l'analyse.

Le fait de connaître les infirmières interrogées a été une ressource pour moi. Pendant mon stage, je les ai peu côtoyées, mais suffisamment pour être à l'aise avec elles. Cela m'a permis d'être plus naturelle et d'éviter un entretien trop rigide ou monotone. Comme expliqué un peu plus haut, réaliser les entretiens en face à face a été facilitant.

Par l'intermédiaire de ces entretiens, j'ai obtenu des données brutes. Afin de clarifier les éléments de leur discours, j'ai trié et classé ces données dans le but de les analyser. Cette analyse sera l'objet de la partie suivante.

Analyse des entretiens

Afin de respecter la confidentialité des deux professionnelles, j'appellerai la jeune infirmière "IDE 1" et l'infirmière plus expérimentée "IDE 2".

1. La sonnette : représentations et rôles

A l'évocation du mot "sonnette", les deux infirmières s'accordent à dire qu'il s'agit d'un élément important. Elles utilisent des adjectifs tels que « indispensable », « primordial » ou encore « essentiel ». L'IDE 2 précise qu'il s'agit d'un indispensable autant pour le soignant que pour le patient : « c'est vraiment indispensable pour lui ». Elles pensent que la sonnette permet au patient d'exprimer un besoin, et pour le soignant de repérer quand il a besoin.

Pour l'IDE 2, la sonnette est un « moyen d'appel ». Elle l'associe à un moyen de communication entre l'équipe soignante et le patient. L'IDE 1 explicite son rôle en lui conférant deux autres fonctions. D'une part, la sonnette peut être une source d'information. Par son intermédiaire, elle peut obtenir des informations supplémentaires permettant « d'anticiper certains problèmes » afin « d'orienter sur le prendre soin ». D'autre part, elle ajoute qu'il s'agit d'un outil d'organisation, car elle permet d'être « coordonnée avec le patient ».

Au cours d'une hospitalisation, le patient est amené à appeler les soignants via cet outil. Dans la partie suivante, je vais présenter les réponses des infirmières en lien avec leurs représentations sur le caractère utile/urgent d'un appel.

2. L'appel sonnette

Lorsqu'un patient est hospitalisé, la chambre lui est présentée, et des explications lui sont données sur le fonctionnement des différents éléments, dont la sonnette. En interrogeant les deux infirmières, j'ai remarqué qu'elles donnaient la même explication au patient : la sonnette sert à appeler en cas de besoin et de ne pas hésiter à le faire « pour quoi que ce soit ». Les infirmières mettent en avant l'idée que tout besoin, quel qu'il soit, peut être exprimé.

Je les ai ensuite questionnées sur la pertinence ou l'utilité d'un appel. L'IDE 1 trouve cela difficile à définir. Elle qualifie d'utile un appel lié à la douleur du patient ou encore pour des besoins découlant de sa dépendance. Elle pense qu'un appel non utile serait peut-être lorsque « une demande a déjà été faite récemment et que le patient insiste ». Mais à l'unanimité, les deux infirmières affirment que dire qu'un appel est pertinent ou non, c'est entrer dans le jugement, le « jugement de valeur ». L'IDE 2 précise que si le patient sonne, c'est qu'il a besoin de quelque chose et par conséquent c'est « forcément utile pour lui ».

Lors des entretiens, les deux infirmières relient la notion d'urgence à la sonnette. L'IDE 1 affirme que « la sonnette est vraiment très très utile dans ces moment-là ». La première réponse de l'IDE 1, lorsque que je demande de qualifier ce que peut être un appel urgent ou non urgent, est : « c'est très très subjectif ». Pour elle, un appel est urgent quand il faut réagir immédiatement, qu'il y a un enjeu pour le patient, vital ou non, qui peut le mettre en danger en cas d'attente prolongée. Elle cite comme exemples un arrêt cardiaque ou une chute. L'IDE 2 la rejoint sur cette idée en qualifiant d'urgent « un patient qui tombe », un malaise ou de fortes douleurs.

Cependant, elle ajoute que la demande d'un patient peut être ressentie comme urgente pour lui : « il nous appelle s'il a un... un problème qui lui semble majeur », « il pense qu'il ne peut pas attendre notre prochain passage ». L'IDE 1 pense qu'un appel non urgent serait peut-être celui d'un patient qui peut attendre quelques minutes.

En opposition à un appel urgent, l'IDE 2 parle de « demandes simples ». Pour elle, il s'agit de demandes plus « matérielles » comme par exemple : « J'ai plus d'eau dans mon pichet, est-ce que je pourrais en avoir d'autre ? ».

Dans l'introduction du chapitre méthodologie, j'explique que je suis limitée par le manque de ressources disponibles sur certaines notions du cadre conceptuel, dont les limites de l'infirmière. Les entretiens m'ont permis d'identifier une autre limite : le seuil de tolérance.

3. Le seuil de tolérance

Lors des deux entretiens, j'ai pu approfondir la notion de "seuil de tolérance", notion qui peut être considérée comme une limite pour l'infirmière.

L'IDE 1 trouve que c'est quelque chose de très difficile à définir, car il s'agit d'une notion subjective. Elle explique que cela dépend de nombreux facteurs. D'une part, des facteurs liés au patient tels que sa pathologie, son comportement, sa personnalité ou son état de dépendance. D'autre part, des facteurs liés au soignant : la charge de travail, son état d'esprit et son ressenti. Pour l'IDE 2, son seuil de tolérance s'associe davantage au nombre de sonnettes plutôt qu'au type de demande (motif). Elle précise qu'il s'agit de la fréquence « mais aussi le temps entre deux sonnettes ». Son seuil de tolérance correspondrait à environ quatre sonnettes espacées de cinq à dix minutes chacune, pour le même patient.

Les deux infirmières m'ont fait part de situations vécues concernant des appels de sonnettes répétés. J'ai ainsi pu les questionner sur leur état d'esprit du moment et les émotions ressenties.

4. Influence des sonnettes répétées sur le soignant et le prendre soin

Les deux infirmières s'accordent à dire que des émotions peuvent survenir si un appel est répété à maintes reprises. L'IDE 1 dit que c'est quelque chose de difficile à gérer. La première émotion qui revient dans les deux entretiens est l'agacement. L'IDE 1 ajoute que cela peut jouer sur la patience : « on peut perdre patience ». Elle parle également de stress et de lassitude, mais sans insister sur ces ressentis.

Face à ce genre de situation, l'IDE 1 m'a fait part de l'état d'esprit qu'elle essaye d'avoir pour ne pas laisser ses émotions prendre le dessus. Par exemple, prendre du recul sur la situation, en utilisant des mots tels que « relativiser », « se recentrer » ou encore « se ressaisir ». Elle explique que le patient a aussi des besoins, quelle que soit sa pathologie. Elle parle aussi de neutralité, d'être le plus neutre possible à chaque sonnette. Pour elle, le soignant doit rester conscient de la réalité du travail et de son organisation, et précise que le patient n'a peut-être pas conscience de tout cela.

Lors des deux entretiens, les infirmières affirment que les émotions peuvent influencer la façon de prendre en soin le patient, et la relation qu'elles ont avec lui. Le patient peut ressentir l'agacement. Pour l'IDE 2, cet agacement peut se voir dans la façon de parler : être « amené à devoir parler sèchement ». Et cela peut impacter directement le patient. Toutes les deux pensent que le patient peut ne plus oser sonner par la suite. L'IDE 2 ajoute que si elle montre de l'agacement ou parle sèchement, « tout peut prendre des ampleurs plus grandes ». Le patient peut être moins bien psychologiquement, l'angoisse et les douleurs peuvent s'exacerber. Elle conclut en disant que « c'est anti-productif ».

J'ai terminé ces entretiens sur le comportement soignant et les valeurs soignantes à avoir pour gérer au mieux ces situations.

5. Attitude soignante

Ayant conscience que les émotions peuvent influencer leur comportement, elles m'ont toutes les deux parlé de l'alternative qu'elles ont mis en place : passer le relais. L'IDE 2 souligne que l'objectif est de se partager le rôle (répondre aux sonnettes) entre les différents professionnels « avant que [l']agacement se voit dans la chambre ».

La notion revenant dans les deux entretiens est la transparence : pour elles, il est important de le dire au patient, en utilisant le bon ton. Par exemple : « ça fait longtemps [...] que vous sonnez, on a aussi beaucoup d'autres patients à s'occuper ». Pour l'IDE 1, il est important de toujours répondre à une sonnette et d'apporter une réponse au patient car « on ne sait jamais ». Comme l'a dit l'IDE 2, on ne peut pas savoir à l'avance pourquoi le patient sonne, avant d'entrer dans sa chambre, quel que soit le nombre de ses appels.

L'IDE 1 parle d'écoute, d'être le plus possible à l'écoute du patient pour prendre en compte son besoin. L'IDE 2 rejoint cette idée en parlant d'anticipation, d'être dans la "prévention" pour anticiper au maximum les futures demandes. Elle parle aussi de donner des repères au patient en lui précisant le prochain passage.

Face à un appel, l'IDE 1 juge essentiel de savoir gérer ses émotions, notamment l'agacement, pour ne pas se laisser influencer par elles ; de ne pas juger la demande ou le patient ; de ne pas interpréter en pensant savoir pourquoi le patient sonne et d'être le plus objectif possible. Mais elle exprime aussi ses limites : les émotions sont humaines et il est normal d'en avoir. Gérer une sonnette intempestive qui continue de faire du bruit tant qu'on n'y a pas répondu, tout en gardant à l'esprit

qu'il y a d'autres patients à s'occuper et en sachant qu'on ne peut pas être omniprésent, est parfois difficile à gérer.

L'IDE 2 conclut sur un point important : ne pas se laisser influencer par ses collègues. Elle explique que lorsqu'une personne a « la main sur la sonnette », le jugement peut arriver très vite lors des transmissions. Elle souligne que lorsqu'on prend son poste, on part de zéro. Autant en profiter pour avoir un regard neuf sur la situation et ne pas récupérer l'agacement de ses collègues.

Après avoir analysé les données des entretiens, je vais les interpréter. Cette interprétation sera l'objet de la discussion.

Discussion

Au cours de ce mémoire d'initiation à la recherche, j'ai, dans un premier temps, exposé ce que les auteurs pouvaient dire au sujet des notions ayant émergées de ma question de départ. Ensuite, j'ai interrogé deux professionnelles de terrain et analysé leurs réponses. Dans cette dernière partie, je vais croiser ces différentes données dans le but de les interpréter, et j'y ajouterai ma réflexion personnelle. Je vais m'appuyer sur la chronologie de mon cadre théorique afin de rester cohérente vis-à-vis du déroulé de ce mémoire.

Je rappelle ma question de départ : **de quelle manière les demandes répétées d'un patient questionnent-elles les limites que l'infirmière pose dans le prendre soin ?**

1. La sonnette

La sonnette est pour moi à la base de ma question de départ. A travers mon analyse, j'ai remarqué que les réponses données par les deux infirmières lors des entretiens ont des similitudes avec l'enquête menée par Lallier et Maquart (résultats d'enquête exposés dans le cadre conceptuel). Pour y faire référence plus facilement, je la nommerais "enquête L&M".

Lors de son entretien, l'IDE 2 rejoint l'idée que la sonnette représente un moyen de communication entre le patient et l'équipe. Au début de cette recherche, j'ai eu des difficultés à définir ce que la sonnette représentait pour moi. Considérer la sonnette comme un lien de communication entre le patient et l'équipe soignante est une approche intéressante. Plus qu'un simple objet, elle

représente le lien soignant-soigné, essentiel dans une prise en soin. J'ai d'ailleurs été interpellée par l'insistance des infirmières interrogées sur le caractère indispensable de la sonnette dans une prise en soin.

Tout comme les soignants de l'enquête L&M, les deux infirmières pensent que la sonnette permet d'exprimer un besoin. Elles partagent la même distinction au sujet des appels : les urgents et les non-urgents. L'IDE 2 appelle les appels non-urgents des "demandes simples". Cependant, les soignants de cette enquête créent la distinction entre ces deux types d'appels, en qualifiant les non-urgents de non-vitaux. Cette vision peut exclure le point de vue du patient. A l'opposé, l'IDE 2 pense que le problème peut être ressenti comme urgent pour le patient, et nécessite une action immédiate ou rapide. L'IDE 1 parle également de l'urgence comme d'une notion très subjective.

Au vu des réponses, je pense que l'expérience joue un rôle dans la façon de percevoir une situation. Dans son entretien, l'IDE 2 arrive à définir la notion d'urgence pour le patient et le soignant. Cela demande une capacité à prendre du recul. Je pense que l'expérience apporte au soignant une finesse dans l'analyse des situations, une approche multiple de celles-ci. Les réponses de l'IDE 1 montrent une plus grande difficulté à définir la notion d'urgence, ce qu'elle reconnaît elle-même.

Cela m'amène à me demander : l'expérience permet-elle d'être attentive à davantage de détails ? Ou, au contraire, est-ce que cela dépend du caractère et des qualités de chaque soignant ? Je crois que l'expérience impacte la perception de l'infirmière dans l'analyse d'une situation. C'est une hypothèse que j'aimerais vérifier si j'étais amenée à continuer cette recherche.

A travers mes lectures, j'ai lu que, pour le personnel médical et paramédical, l'hôpital est un lieu "familier". Par cet adjectif, je signifie que les soignants ont l'habitude d'y être et sont, en quelque sorte, préparés à s'y confronter quotidiennement. Au cours de mes différents stages, je me suis rendue compte que je m'y habituais aussi. C'est une réalité. Je m'habitue à voir toutes sortes d'appareillages branchés au patient, je m'habitue à être dans un environnement où la douleur et la souffrance sont omniprésentes. Je pense qu'au fur et à mesure de ma formation, je me suis créée une sorte de carapace, afin que tous ces éléments deviennent ma réalité, mon quotidien, et facilitent mon rôle de soignante.

Les auteurs de l'enquête L&M mettent en avant l'idée qu'une situation peut être perçue différemment selon la position dans laquelle on se trouve : ma réalité n'est pas celle d'un autre. C'est pour moi le défi du soignant : ne pas oublier que le patient a un ressenti différent et vit les événements d'une autre manière.

Dans son livre, Claude Curchod nous met en garde contre ce piège : penser que les professionnels de santé et les patients voient et interprètent la réalité de la même façon. Pour l'éviter, il donne ce conseil : se remettre en question. Que ce soit dans le cadre professionnel ou personnel, la remise en question a toujours été un moyen de prendre du recul sur une situation. Face à un métier (infirmière) dont les connaissances et les pratiques évoluent sans cesse, je pense que la remise en question est vraiment nécessaire. Cela nous permet de garder à l'esprit que nous nous occupons de personnes, chacune prise dans son individualité. Cet état d'esprit peut nous aider à nous adapter, non seulement aux évolutions du métier.

Lors de situations où la sonnette est utilisée de façon répétée par un patient, les deux infirmières expliquent qu'elles passent le relais aux collègues. Selon l'IDE 1, malgré la fréquence élevée des appels, elle répond à chaque fois car « on ne sait jamais ». Bien qu'elles ne l'expriment pas explicitement, je trouve que ces attitudes montrent une volonté à prendre du recul. Prendre du recul sur soi, analyser ses émotions, ses limites, et demander de l'aide aux collègues pour prendre le temps de se recentrer. Mais aussi prendre du recul sur la situation en ne minimisant pas un appel, se dire que chaque appel a son importance. Je constate que la prise de recul se manifeste par de petits efforts au quotidien, qu'il s'agit d'un état d'esprit qui se cultive. Cette idée est pour moi essentielle, car elle permet une prise en soin de qualité.

Dans l'enquête L&M, un appel est dit utile s'il permet de répondre à un besoin urgent, mais les appels "pour tout et pour rien" minimisent le rôle de la sonnette. Les infirmières interrogées sont en désaccord avec cette idée. Pour elles, juger qu'un appel est non-utile serait entrer dans le jugement de valeur. L'IDE 2 précise dans son entretien que si le patient sonne, c'est parce qu'il a un besoin et par conséquent, l'appel est utile pour lui. Je remarque qu'elle a de nouveau une réflexion tenant compte du point de vue patient. Comme j'ai pu l'exprimer plus haut, je continue de penser que l'expérience impacte l'analyse que peut avoir un soignant sur une situation.

Le non jugement est l'une des premières valeurs enseignées en formation infirmière. Depuis le début de cette formation, je me suis toujours efforcée de manifester les valeurs soignantes. C'est un travail difficile, car la mise en pratique de ces valeurs ne dépend pas uniquement de nous. De nombreux facteurs interagissent. En décrivant mes situations d'appels, j'ai identifié plusieurs facteurs influençant ma perception : l'environnement, le patient ou encore l'équipe soignante. J'étais partagée entre les valeurs soignantes que l'on m'avait enseignées et le contexte dans lequel je me trouvais. Cette analyse m'a permis de réaliser que, pour manifester cet état d'esprit de non-jugement, il est important de travailler sur soi : notre personne, nos valeurs, ce qui compte à nos yeux.

Tout comme les soignants de l'enquête, l'IDE 1 reconnaît la charge de travail comme facteur ayant un impact sur le seuil de tolérance du soignant. La charge de travail peut provoquer chez nous certaines émotions pouvant influencer notre perception, et notre perception a un impact sur les prises en soin. Le soignant est, selon moi, dans la position d'un équilibriste. Il doit prendre en compte l'ensemble des facteurs afin de les gérer, dans le but de ne pas perdre de vue son objectif : celui de prendre en soin une personne malade. C'est un travail quotidien complexe. Je parle de complexité, car tout comme l'a défini Walter Hesbeen, le complexe ne nécessite pas une maîtrise ou un savoir total, mais une réflexion. C'est cette attitude réflexive qui nous permet de rester en équilibre.

La sonnette est un sujet peu abordé par les auteurs. C'est d'ailleurs la difficulté à laquelle j'ai été confrontée lors de la rédaction du cadre conceptuel. Lors de l'entretien avec l'IDE 2, nous avons échangé au sujet de la sonnette à l'hôpital et son utilisation. Elle m'a parlé d'un établissement qui avait une autre façon de considérer la sonnette. Elle est utilisée en cas de réelle urgence, c'est-à-dire une situation pouvant porter préjudice au patient. Pour toute autre demande, le téléphone est à disposition. Elle reconnaît que ce mode de fonctionnement n'est pas applicable à tous les services et à tout type de patient. Sur le point de devenir professionnelle, je pense que ce sujet pourrait faire l'objet d'un plus grand nombre de réflexions : utilisation, rôle, forme, etc. Pour moi, l'objectif est avant tout d'améliorer le quotidien du soignant et le vécu du patient.

A présent, je vais parler d'un autre aspect que les entretiens ont mis en évidence : les facteurs pouvant intervenir dans le prendre soin et la relation soignant-soigné.

2. Le prendre soin et la relation soignant-soigné

Les soignants de l'enquête L&M affirment que leurs émotions, généralement négatives, peuvent influencer la perception de l'infirmière sur le caractère urgent ou non d'un appel. En parallèle, l'IDE 1 et l'IDE 2 pensent que leurs émotions, dans le cadre d'appels répétés, peuvent avoir un impact sur la façon de prendre soin et de se comporter avec le patient. C'est un phénomène que j'ai constaté de nombreuses fois, que ces émotions soient positives ou négatives.

Comme le dit l'IDE 1, il est humain d'avoir des émotions et de les laisser s'exprimer. Bien sûr, cela ne signifie pas qu'il faut laisser les émotions nous dominer. La survenue d'émotions est, en général, quelque chose que nous ne pouvons pas contrôler. En revanche, nous pouvons maîtriser les réactions qui en découlent, et ainsi faire en sorte qu'elles ne dirigent pas nos actions. J'ai trouvé très pertinent la réflexion de l'IDE 2 à propos de la gestion de ses émotions dans le cadre d'appels répétés. Elle explique que, lorsqu'elle sent que son agacement peut se ressentir auprès du patient, elle passe le

relais. L'infirmière reconnaît avoir des émotions, même négatives, mais elle met en place des stratégies pour ne pas se laisser dominer par elles. Je trouve ces discours rassurants, car ils nous rappellent que ce sont les émotions qui nous rendent humain, et l'humanité dans ce métier est pour moi essentielle. Sans humanité, nous devenons des "robots" effectuant des tâches à la chaîne. C'est l'opposé de ce que l'image du soignant évoque pour moi.

Les deux infirmières reconnaissent que si le patient ressent un changement de comportement du soignant, cela peut influencer le sien, comme par exemple ne plus oser sonner. Nous ne pouvons pas maîtriser l'impact qu'auront des émotions négatives sur le patient. L'IDE 2 le dit : il (le patient) peut être moins bien au niveau psychologique, sa douleur ou son angoisse peuvent augmenter, etc. C'est dans ce genre de situation que la maîtrise des émotions du soignant a toute son importance, afin de ne pas engendrer de complications supplémentaires ou risquer de détériorer la relation créée avec le patient.

La relation soignant-soigné est un élément précieux qu'il faut préserver. Cette relation peut influencer l'évolution de l'état de santé du patient, son observance, sa confiance en l'équipe médicale et paramédicale, etc. Je pense qu'avoir cette notion à l'esprit peut nous aider à ne jamais négliger une relation avec un patient, même si les caractères ne sont pas toujours "compatibles". Cela nécessite une nouvelle fois de prendre du recul, en réfléchissant à ce qui est vraiment important. Ressentir une difficulté dans une relation soignant-soigné est normal, quelle qu'en soit la raison. Je pense que notre rôle est alors de mettre en place des stratégies d'adaptation pour ne pas perdre cette relation de confiance.

Claude Curchod constate qu'il existe une grande diversité chez les soignants et les soignés. Pour lui, cela peut constituer un facteur pouvant complexifier la relation soignant-soigné (*facteurs communs aux patients et soignants*). Lors de son entretien, l'IDE 1 rejoint cette notion de diversité. En parlant de son seuil de tolérance, elle explique qu'il dépend à la fois du patient - comportement et personnalité - et du soignant, dans son comportement et son ressenti.

Le même auteur explique qu'avoir conscience des différents facteurs pouvant complexifier la relation soignant-soigné, peut permettre d'aborder la situation sous un autre angle. Asia Friedman dit d'ailleurs qu'il y a toujours plus d'une façon de percevoir quelque chose. C'est ce qui rend le travail soignant complexe. Walter Hesbeen aborde le complexe comme une démarche impliquant de prendre en compte l'ensemble des éléments, tout en analysant la singularité de chacun et leurs interactions. Tout comme une valeur, cet état d'esprit demande un effort conscient et nécessite d'être cultivé.

Dans un contexte d'appels répétés, l'IDE 1 décrit l'état d'esprit qu'elle essaye d'avoir pour ne pas laisser ses émotions prendre le dessus : prendre du recul, être le plus objectif possible, reconnaître,

quel que soit le patient ou sa pathologie, ses besoins. Cela dénote l'intention de regarder la situation sous un autre angle, autrement dit, de prendre du recul. En définissant ce qui pour elle est un appel utile/non utile ou urgent/non urgent, l'IDE 2 précise, à chaque fois, que sa définition n'est pas forcément celle du patient, et que la notion d'utilité ou d'urgence peut être différente pour lui.

Avoir cet état d'esprit au quotidien peut nous aider à adopter la position soignante qui nous semble la plus adaptée et la plus juste, dans une situation donnée.

Les limites de l'infirmière constituent le second élément principal de ma question de départ. Ce sera le sujet de cette dernière partie de la discussion.

3. Les limites de l'infirmière

Dans mon cadre conceptuel, j'aborde uniquement la notion de perception en tant que limite de l'infirmière dans le prendre soin et la relation soignant-soigné. Par manque de ressources, les limites de l'infirmière sont un thème que j'ai peu développé. Mais les entretiens menés auprès des deux infirmières m'ont permis de l'approfondir.

Dans une approche sociologique, la perception permet d'avoir une connaissance des autres. L'IDE 1 aborde la notion de perception par ces propos : « la première image qu'on a du patient, ça va nous orienter sur le nombre de fois où il va peut-être sonner ». Cela signifie qu'en fonction de la personnalité, de l'état de dépendance ou encore de la pathologie, les besoins sont différents d'un patient à l'autre. Le patient est amené à plus ou moins sonner, en fonction de ses besoins. Ces propos mettent en lumière l'analyse soignante vis-à-vis de la situation d'un patient. C'est une démarche active et consciente.

Dans le cadre conceptuel, j'aborde les notions de stéréotype et représentation sociale. Elles n'ont pas forcément une connotation négative. Mais à l'inverse de la perception, ces phénomènes psychosociaux s'activent inconsciemment et influencent notre perception du monde.

Asia Friedman explique que des facteurs propres à soi peuvent également influencer notre perception. Il cite notamment l'âge, la fatigue, les stimuli environnementaux ou encore le stress. Cela rejoint le discours de l'IDE 1 disant que l'état d'esprit du soignant et son ressenti sont des facteurs pouvant influencer le seuil de tolérance. Claude Curchod les appelle les filtres biologiques, c'est-à-dire un « ensemble de facteurs organiques et hormonaux qui impactent notre état général » (2018, p. 59).

Asia Friedman parle de stress, Claude Curchod de filtres émotionnels : cela peut influencer nos capacités de perception. Les infirmières interrogées affirment que les émotions peuvent avoir un

impact sur le prendre soin et la relation soignant-soigné. Tous s'accordent à dire que les émotions influencent notre comportement et notre perception.

Après l'analyse de toutes ces données, je réalise que les émotions impactent non seulement la qualité de notre travail, mais aussi le ressenti du patient. J'en déduis que les émotions sont naturelles, elles nous donnent de l'humanité, indissociable du métier de soignant. L'essentiel est de mettre en place des stratégies pour ne pas se laisser submerger par elles, ce qui implique une connaissance de soi. Cela met aussi en avant l'importance de la pluridisciplinarité et du travail d'équipe.

Le seuil de tolérance est aussi une limite de l'infirmière dans le prendre soin. En conclusion de mon cadre conceptuel, j'explique que les limites sont quelque chose de personnel et subjectif. C'est d'ailleurs la difficulté qu'a ressentie l'IDE 1 pour définir son propre seuil de tolérance. Elle explique que cela dépend de nombreux facteurs. L'IDE 2 a été plus précise. Elle m'a donné un exemple de situation où son seuil de tolérance pouvait être atteint, tout en reconnaissant que, de manière générale, il s'agit surtout de la fréquence et du temps entre deux appels.

Cette analyse me fait réaliser que les limites de l'infirmière sont un sujet vaste et difficile à cerner. Difficile car, comme l'ont montré les entretiens, il s'agit de quelque chose de très subjectif et dépendant de chaque situation. Cependant, l'expérience a son rôle. Comme j'ai pu le faire remarquer au cours de cette discussion, l'IDE 2 a eu moins de difficultés que l'IDE 1 à définir ces notions subjectives. Elle faisait référence à chaque fois au point de vue du patient dans une situation donnée. Cela m'amène à me poser ces questions : est-ce que cette réflexion sur le patient et les limites du soignant est possible grâce à son expérience ? Est-ce que la capacité à prendre du recul s'acquiert avec l'expérience ?

La réalité est beaucoup plus complexe que ce que nous voyons et pensons, et l'ensemble des éléments qui composent notre environnement nous impactent. J'ai aussi été confrontée au manque de ressources sur ce sujet. Bien que les entretiens m'aient apporté de nombreuses données supplémentaires, il serait intéressant d'approfondir cette réflexion.

Que ce soit dans le cadre d'appels, répétés ou non, nous sommes, en tant que soignant, confrontés à ces limites quotidiennement. Nous devons apprendre à les gérer, et cette tâche n'est pas simple. C'est la raison pour laquelle je trouve qu'il est important, sinon essentiel, d'en parler, d'échanger et d'écrire sur ce sujet.

Conclusion

J'ai commencé ce travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers en partant de deux situations qui m'ont interpellée. Elles décrivent ma réaction et celle des soignants face à un patient utilisant la sonnette très régulièrement. Suite à l'émergence de nombreux questionnements, j'ai été amenée à me demander de quelle façon les demandes répétées d'un patient questionnent les limites que l'infirmière pose dans le prendre soin.

Afin de mieux l'exploiter, j'ai décomposé cette question en quatre notions : la sonnette, les besoins du patient, le prendre soin et la perception. Dans le cadre conceptuel, je me suis appuyée sur de nombreuses sources pour exposer ce que les auteurs disent au sujet de ces différentes notions. Cela m'a permis de poser les fondements de ce mémoire mais aussi d'identifier les limites de la littérature existante sur ce sujet.

J'ai réalisé deux entretiens auprès d'infirmières afin de confronter la théorie à la "pratique". Cette analyse m'a permis d'approfondir les notions où la théorie n'apportait que des réponses partielles. Je parle notamment de la sonnette ou encore des limites de l'infirmière, qui sont des sujets peu abordés dans la littérature médicale. Par exemple, dans le cadre conceptuel, j'associe les limites de l'infirmière à la perception. Mais les entretiens m'ont fait réaliser que ces limites sont bien plus nombreuses, qu'elles interagissent. J'ai réalisé l'impact de ces limites, tels que le seuil de tolérance ou les émotions, sur la prise en soin du patient et sur la relation soignant-soigné. Je me suis aussi rendu compte de l'influence de la perception de la sonnette sur la prise en soin par le soignant.

La dernière étape a été la discussion, où j'ai pu croiser l'ensemble de ces données.

Tout cela m'a permis de prendre du recul sur mon travail de recherche. En relisant mes situations d'appels, j'ai pu constater l'évolution de mon point de vue. Je les ai abordées avec le regard de l'étudiante, avec ses doutes et ses questionnements. Mais à ce jour, je les perçois du point de vue professionnel.

Ce travail m'a apporté de nombreuses connaissances théoriques, via le cadre conceptuel, mais aussi pratiques, à travers le témoignage des infirmières. Avec le recul, j'ai le sentiment d'avoir ouvert mon esprit, d'avoir grandi et gagné en maturité.

Je n'ai pas forcément eu de réponse à ma question de départ. Mais j'ai obtenu des conseils, des clés que je pourrais utiliser et exploiter tout au long de ma vie professionnelle. Avoir conscience de ses propres limites permet de mieux les gérer dans son quotidien. Comprendre que la réalité n'est pas la même pour tout le monde incite à analyser une situation sous différents angles. J'ai compris que

la réalité est beaucoup plus complexe que ce que l'on pense, et que la subjectivité de ce sujet ne permet pas une réponse simple et générale.

J'ai vécu ce travail de recherche comme quelque chose de stimulant. Le thème m'a beaucoup inspiré, ce qui a facilité toutes les étapes. J'ai vraiment eu l'impression de débiter un travail qui aurait son utilité. Ce mémoire me donne envie d'aller plus loin, pas seulement pour comprendre, mais aussi pour agir, apporter, améliorer les connaissances et les pratiques. J'ai été confrontée à des difficultés comme le manque de ressources ou la formulation des idées. A l'instant où j'écris ces mots, je peux dire que je suis heureuse et soulagée d'être arrivée au bout de ce mémoire. Ce travail a développé mon intérêt pour la recherche et c'est un domaine que j'apprécierai de découvrir dans ma future pratique professionnelle.

La question de départ m'a permis d'apporter un éclairage aux interrogations soulevées au début de ce mémoire. Dans sa formulation, elle m'a permis de cibler ce que je recherchais réellement à comprendre. Cependant, ce travail a fait émerger d'autres questionnements. Je ne suis pas étonnée car ce n'est que la première partie d'un travail de recherche. C'est pourquoi j'aimerais proposer cette question de recherche définitive : **dans quelle mesure la perception du soignant sur la sonnette permet-elle une prise en soin répondant aux besoins du patient ?**

Dans le cadre conceptuel, je parle des besoins du patient. Je me suis appuyée sur ce que les auteurs disent. Je pense qu'il pourrait être intéressant, dans la suite de ce travail de recherche, de s'appuyer sur l'expérience du patient par son témoignage. Cet apport serait plus riche, plus complet, et permettrait de mieux cerner le point de vue du patient afin d'aider le soignant à analyser une situation sous différents angles.

Au cours de mes lectures, je me souviens avoir lu dans l'article « La sonnette : objet d'un questionnement éthique de la pratique quotidienne des soins » (Lallier & Maquart, 2017), que la sonnette peut engendrer, certes des émotions chez le soignant, mais aussi chez le patient. Les auteurs expliquent que lorsqu'un patient sonne, il ne connaît pas le délai de réponse du soignant, ce qui peut être potentiellement source d'angoisse. Une nouvelle fois, la perception intervient : ici, la perception du temps. Je pense qu'il pourrait être intéressant d'analyser cette notion de temporalité : pour le soignant et pour le patient.

La sonnette est un sujet dont on parle peu. En discutant avec l'IDE 2, j'ai réalisé qu'il y a un réel travail à mener à ce sujet. Je suis convaincue que la sonnette est un outil indispensable, autant pour le soignant que pour le patient, et qu'il serait intéressant d'étudier son format ou encore son rôle afin de faire évoluer l'objet, dans le but d'améliorer les pratiques et les vécus.

Bibliographie

Ouvrages

- * Atkins, B. (1987). *Le Robert & Collins, dictionnaire français-anglais english-french*. Dictionnaires Le Robert.
- * Curchod, C. (2018). *Prévenir et dénouer les conflits dans les relations soignants-soignés*. Elsevier Masson.
- * Dokic, J. (2004). *Qu'est-ce que la perception ?* Vrin.
- * Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. InterEditions.
- * Luyat, M. (2014). *La perception*. Dunod.
- * Merlet, P. (2006). *Le petit Larousse illustré*. Larousse.
- * Michaux, L. (2018). *Prendre soin, care et caring : des voies différentes*. Seli Arslan.
- * *Le Petit Robert 1*. (1985). Dictionnaires Le Robert.

Articles

- * Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin ? *Perspective soignante*, 4, 30-48.
- * Lallier, J-C. Maquart, A. (2017). La sonnette : objet d'un questionnement éthique de la pratique quotidienne des soins. *Perspective soignante*, 58, 35-44.
- * Michaux, L. (2017). Les mots du prendre soin. *Perspective soignante*, 58, 45-73.
- * Paris, A. (2010). Prendre soin, une démarche d'attention à l'autre. *L'aide soignante*, 120, 14-15.

Pages web

- * Therapeutes.com. (s.d.). *Les besoins fondamentaux et physiologiques chez l'homme*.
<https://www.therapeutes.com/ma-sante/besoins-fondamentaux-physiologiques>
- * Wikipédia. (2020). *Besoin primaire*. https://fr.wikipedia.org/wiki/Besoin_primaire

- * Coutant, G. (2015). *Virginia Henderson et sa conception de la profession infirmière*.
<https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsi/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>
- * Carnet2psycho. (s.d.). *La définition de perception sociale*.
<https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-perception-sociale.html>
- * Les définitions. (2011). *Définition de perception sociale*.
<https://lesdefinitions.fr/perception-sociale>
- * Dortier, J-F. (2007). *La perception, une lecture du monde*.
https://www.scienceshumaines.com/la-perception-une-lecture-du-monde_fr_21020.html
- * My-psychologie. (2018). *Faut-il oublier la Pyramide de Maslow ?*
<https://my-psychologie.com/2018/06/20/faut-il-oublier-la-pyramide-de-maslow/>
- * Friedman, A. (2011). *La sociologie cognitive*. Editions de la Maison des sciences de l'homme.
<https://books.openedition.org/editionsmsmh/14415?lang=fr>
- * Espace soignant. (s. d.). *Identifier les besoins d'une personne*.
<https://www.espacesoignant.com/soignant/demarche-de-soins/identifier-les-besoins>
- * Pitte, M. (2019). *La relation soignant-soigné*.
<https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/relation-soignant-soigne#relation-soignant-soigne>
- * Habitudes Zen. (2019). *Les quatre piliers pour rester zen à l'hôpital*.
<https://habitudes-zen.net/2019/les-quatre-piliers-pour-rester-zen-a-lhopital/>
- * Schoolmouv. (s.d.). *La perception*.
<https://www.schoolmouv.fr/eleves/cours/la-perception-partie-1/fiche-de-cours>
- * Wikipédia. (2020). *Perception*. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Perception>
- * La-Philo. (s.d.). *La perception en philosophie*.
<https://la-philosophie.com/la-perception-en-philosophie>

* Wikipédia. (2020). *Philosophie de la perception*.

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Philosophie de la perception](https://fr.wikipedia.org/wiki/Philosophie_de_la_perception)

* Wikipédia. (2020). *Pyramide des besoins*. [https://fr.wikipedia.org/wiki/Pyramide des besoins](https://fr.wikipedia.org/wiki/Pyramide_des_besoins)

* Wikipédia. (2020). *Représentation sociale*.

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Repr%C3%A9sentation sociale](https://fr.wikipedia.org/wiki/Repr%C3%A9sentation_sociale)

* Wikipédia. (2020). *Stéréotype*. <https://fr.wikipedia.org/wiki/St%C3%A9r%C3%A9otype>

Annexes

ANNEXE I : Carte mentale du MIRS

ANNEXE II : Les 14 besoins de Virginia Henderson

ANNEXE III : La pyramide de Maslow

ANNEXE IV : Les facteurs de complexification

ANNEXE V : Les filtres interprétatifs – Mécanisme et explication

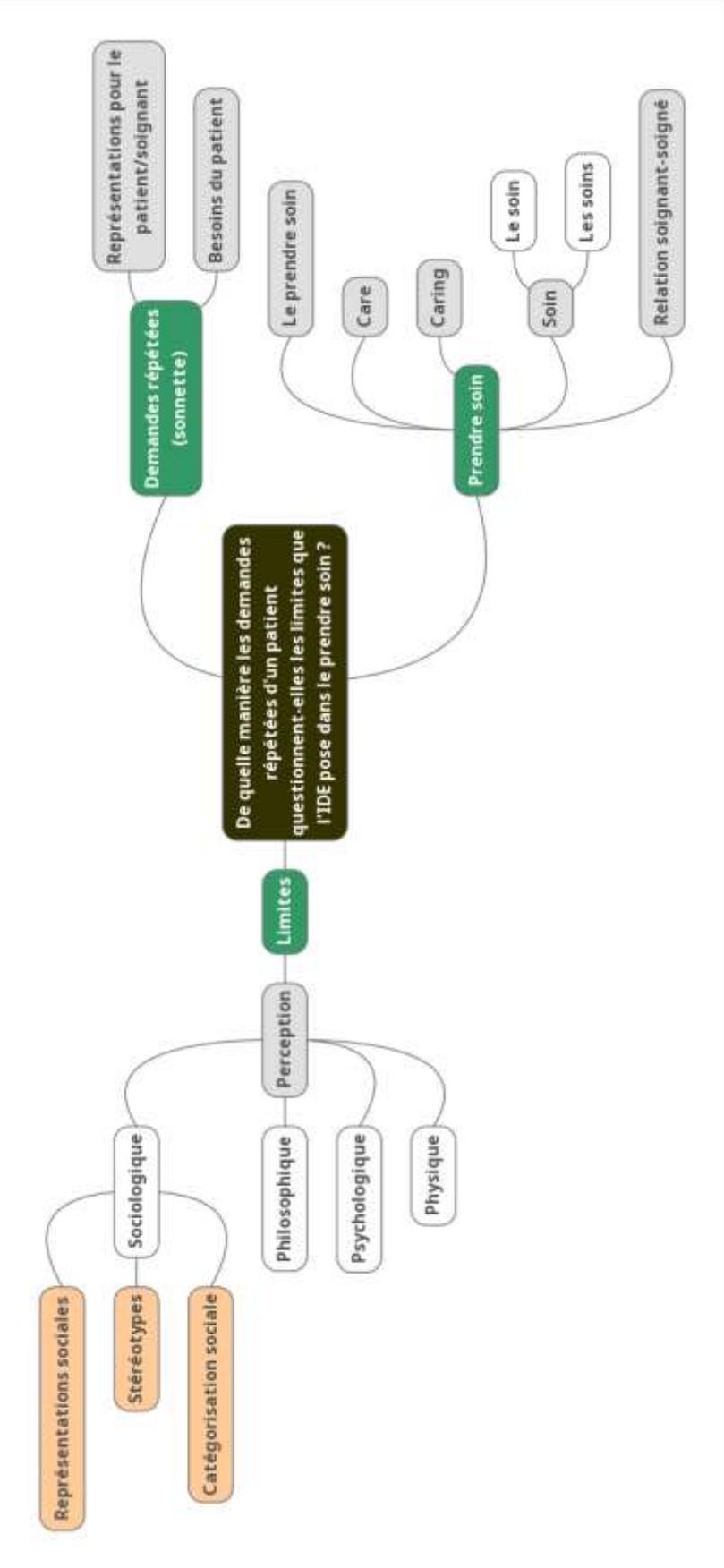
ANNEXE VI : Le guide d'entretien

ANNEXE VII : Retranscription entretien n°1

ANNEXE VIII : Retranscription entretien N°2

ANNEXE IX : Tableau d'analyse des entretiens

ANNEXE I : Carte mentale du MIRSI



ANNEXE II : Les 14 besoins de Virginia Henderson (source : www.infirmiers.com)

| Besoins | Définition |
|---|--|
| <i>Respirer</i> | Nécessité pour chaque individu, de disposer d'une oxygénation cellulaire satisfaisante |
| <i>Boire et manger</i> | Nécessité pour chaque individu, d'entretenir son métabolisme afin de produire de l'énergie, de construire, maintenir et réparer les tissus |
| <i>Éliminer</i> | Nécessité pour chaque individu, d'éliminer les déchets qui résultent du fonctionnement de l'organisme |
| <i>Se mouvoir et maintenir une bonne posture</i> | Nécessité pour chaque individu, d'entretenir l'intégrité et l'efficacité des systèmes biophysologiques, de permettre la réalisation des activités sociales et de construire et maintenir l'équilibre mental |
| <i>Dormir et se reposer</i> | Nécessité pour chaque individu, de prévenir et réparer la fatigue, diminuer les tensions, conserver et promouvoir l'énergie |
| <i>Se vêtir et se dévêtir</i> | Nécessité pour chaque individu, de se protéger et d'exprimer son identité physique, mentale et sociale |
| <i>Maintenir la température du corps dans les limites de la normale</i> | Nécessité pour chaque individu, d'assurer le rendement optimal des fonctions métaboliques, de maintenir les systèmes biophysologiques et de maintenir une sensation de chaleur corporelle satisfaisante |
| <i>Être propre et protéger ses téguments</i> | Nécessité pour chaque individu, de maintenir l'intégrité de la peau, des muqueuses et des phanères, d'éliminer les germes et les souillures, et d'avoir une sensation de propreté corporelle, élément de bien être |
| <i>Éviter les dangers</i> | Nécessité pour chaque individu, de se protéger contre toute agression externe, réelle ou imaginaire et de promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale |
| <i>Communiquer</i> | Nécessité pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission et la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions |
| <i>Pratiquer sa religion et agir selon ses croyances</i> | Nécessité pour chaque individu, d'être reconnu comme sujet humain, de faire des liens entre événements passés, présents, à venir et se réapproprier sa vie, de croire en la continuité de l'homme, de chercher un sens à sa vie et s'ouvrir à la transcendance |
| <i>S'occuper en vue de se réaliser</i> | Nécessité pour chaque individu, d'exercer ses rôles, d'assumer ses responsabilités, et de s'actualiser par le développement de son potentiel |
| <i>Se récréer</i> | nécessité pour chaque individu, de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit |
| <i>Apprendre</i> | Nécessité pour chaque individu, d'évoluer, de s'adapter, d'interagir en vue de la restauration, du maintien et de la promotion de sa santé |

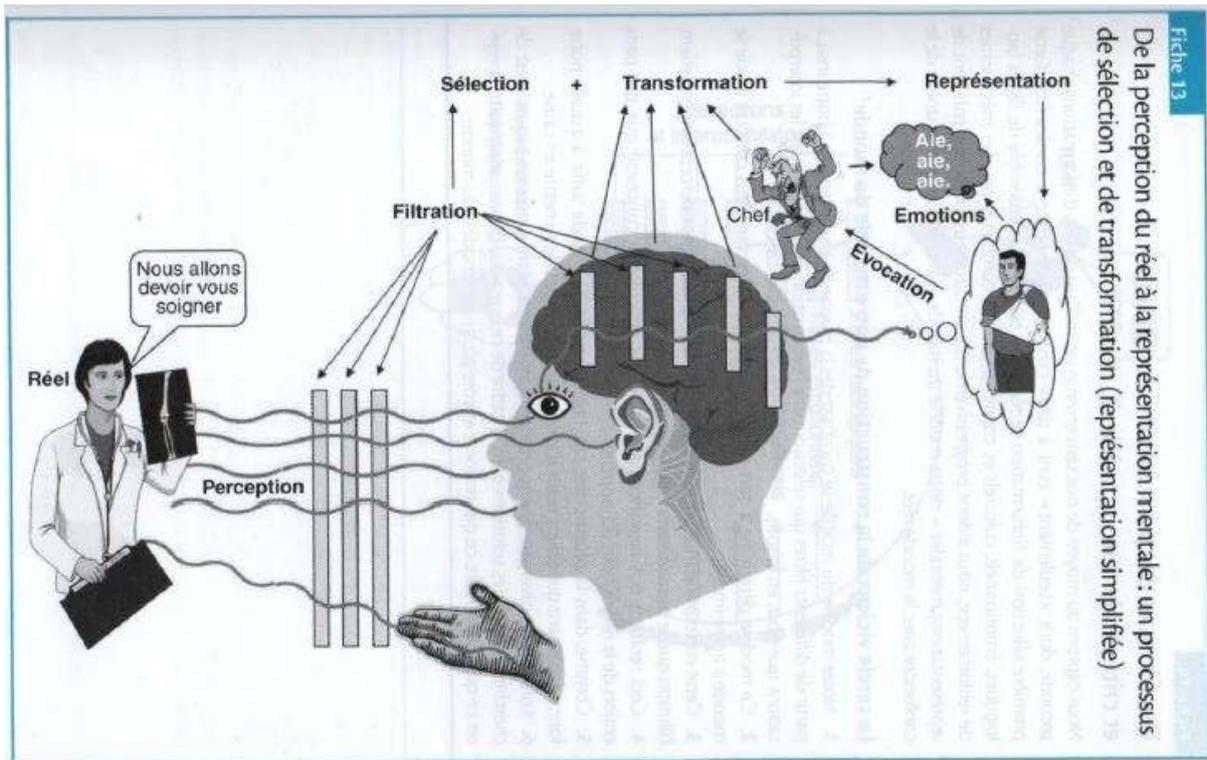
ANNEXE III : La pyramide de Maslow (source : www.my-psychologie.com)



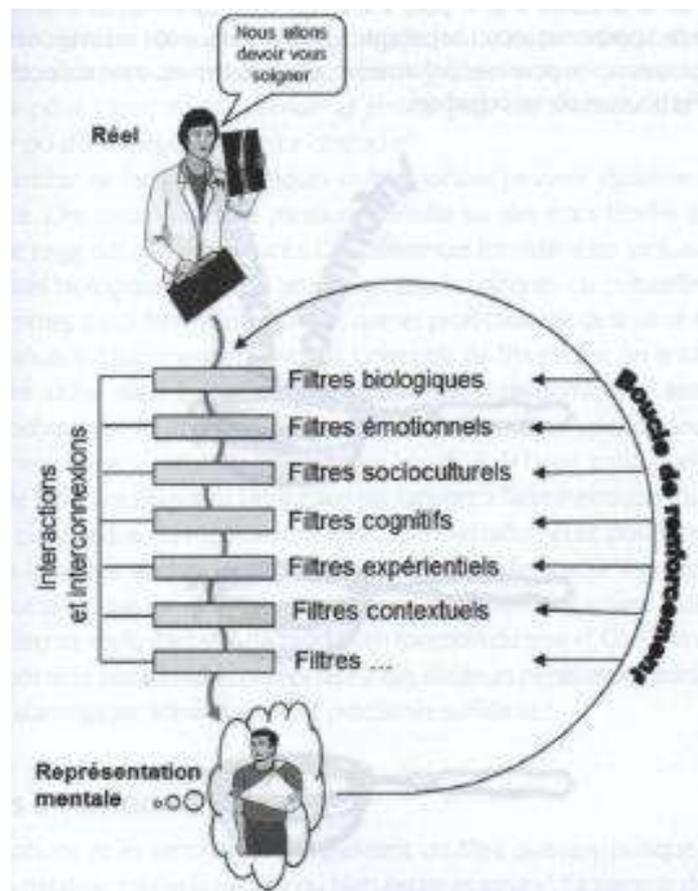
ANNEXE IV : Les facteurs de complexification (source : Prévenir et dénouer les conflits..., Claude Curchod)

| Facteurs | Description |
|--|--|
| <i>Facteurs liés à la transformation de la société</i> | La société subit de grands bouleversements et évolue à une vitesse importante. La notion de qualité est omniprésente : « les expressions <i>garantie totale, zéro défaut, excellence, 100% satisfait ou remboursé</i> , sont devenues courantes. Le patient consommateur ne voit dès lors pas de raison pour que les prestations qu'il demande aux services de santé ne répondent pas à ce niveau d'exigence » (Curchod, 2018, p. 6). Cela induit une attitude consumériste, des exigences croissantes envers la qualité ou encore des attentes croissantes envers les acteurs de santé. |
| <i>Facteurs liés à l'évolution de la médecine et des soins</i> | La conception de la santé et de la maladie a beaucoup évolué ces dernières décennies (Curchod, 2018, p. 8). Le scientifique a une approche factuelle des liens entre maladie et vie, ce qui peut entraîner une déshumanisation partielle de la médecine et des soins (Curchod, 2018, p. 9) : perte d'approche globale, emprise technologique, etc. |
| <i>Facteurs communs aux patients et soignants</i> | Les soignants et soignés sont avant tout des êtres humains avec diverses caractéristiques telles que le niveau socio-éducatif, la capacité d'écoute et d'empathie, le stress ou encore les préoccupations personnelles. Ces éléments varient d'une personne à l'autre (Curchod, 2018, p. 10). |
| <i>Facteurs spécifiques aux soignants</i> | Prendre soin amène à se questionner sur soi-même. S'ajoutent à ces remises en questions «le poids des années, des problèmes personnels ou des interrogations existentielles» (Curchod, 2018, p. 11), ce qui peut entraîner une souffrance au travail, un épuisement ou encore une démotivation. |
| <i>Facteurs spécifiques aux patients et à leurs proches</i> | La maladie et le handicap créent une rupture avec la vie antérieure du patient, auquel s'ajoute le coup d'assomoir que peut représenter l'annonce d'un diagnostic. La maladie elle-même et certains traitements peuvent entraîner des changements ou des réactions particulières. Il peut résulter de ces différents facteurs une incompréhension, une angoisse, une peur d'avoir mal, une non-compréhension du projet de soins (Curchod, 2018, p. 16). |
| <i>Facteurs organisationnels</i> | Un manque de personnel, de temps, de ressources matérielles. Ce manque est notamment dû aux importantes mutations auxquelles les institutions sont contraintes (Curchod, 2018, p. 18) et aux déficits budgétaires. En conséquence, les soignants doivent augmenter leur productivité tout en freinant leurs dépenses (Curchod, 2018, p. 19). |
| <i>Facteurs liés au travail en équipe</i> | Des transmissions insuffisantes, des conflits entre les membres de l'équipe, des désaccords au sein de l'équipe médicale «avec des décisions et des contre-décisions très déstabilisantes» (Curchod, 2018, p. 25). |

ANNEXE V : Les filtres interprétatifs – Mécanisme et explication



(p.55)



(p.57)

| Filtres interprétatifs | Définition et explication |
|--------------------------------|---|
| <i>Filtres biologiques</i> | Ensemble de facteurs organiques et hormonaux qui impactent notre état général (Curchod, 2018, p. 59) |
| <i>Filtres émotionnels</i> | « L'émotion étouffe, paralyse, inhibe la pensée ou bien excite et agite » (Lauras-Petit, 1999 cité par Curchod, 2018, p. 59). Plus la réaction émotionnelle est grande, plus la déformation des informations sera importante (Curchod, 2018, p. 59) |
| <i>Filtres socio-culturels</i> | Diversité importante des habitudes sociales et religieuses, directement en lien avec le phénomène de mondialisation (Curchod, 2018, p. 60) |
| <i>Filtres cognitifs</i> | Correspondent tant aux «limites liées à nos capacités intellectuelles, [qu'aux] obstacles et [aux] sélections qui découlent du langage» (Curchod, 2018, p. 61) |
| <i>Filtres expérientiels</i> | Ils «sont issus de notre histoire de vie, des événements qui nous ont marqués, bons ou mauvais»(Curchod, 2018, p. 64) |
| <i>Filtres contextuels</i> | Contexte dans lequel nous nous trouvons, comme par exemple le contexte hospitalier (Curchod, 2018, p. 65) |

ANNEXE VI : Le guide d'entretien

QUESTION DE DEPART

De quelle manière les demandes répétées d'un patient questionnent-elles les limites que pose l'IDE dans le prendre soin ?

THÈMES & QUESTIONS

 : questions de relance.

* Quel est votre parcours professionnel ?

1/ La sonnette : représentations

Objectif : Déterminer quelle est la ou les représentation(s) de la sonnette par le soignant.

* Que représente pour vous la sonnette dans la prise en soin du patient ?

⇒ *Est-ce un objet utile ? Si oui, pourquoi ?*

Objectif : Définir le seuil de tolérance (limite dans le prendre soin).

* Selon vous, quel est votre seuil de tolérance par rapport à la sonnette? Et pourquoi?

⇒ *Est-ce par rapport au nombre d'appels ou au motif d'appel ?*

Objectif : Identifier les motifs d'appels jugés utiles ou non par le soignant. L'inviter à se questionner sur le point de vue patient.

* Selon vous, qu'est-ce qu'un appel pertinent par la sonnette et qu'est-ce qui n'en est pas un ?

⇒ *Selon vous, qu'est-ce qui peut pousser un patient à sonner ?*

2/ L'urgence et le travail

Objectif : Définir et expliciter la notion d'urgence par le soignant.

* Selon vous, qu'est-ce qu'un appel sonnette urgent ? Et qu'est-ce qui n'en est pas selon vous? Pourquoi?

3/ La sonnette et le prendre soin

Objectif : Établir un lien entre l'information donnée à l'entrée du patient sur la sonnette et son comportement lors de son hospitalisation.

* Quelle(s) information(s) donnez-vous au patient lors de son entrée à propos de la sonnette ?

Objectif : Décrire les émotions du soignant pouvant se manifester dans le cas de nombreux appels sonnette.

* Quel est votre état d'esprit lorsque sur votre temps de travail il y a un grand nombre d'appels sonnette ?

⇒ *Quel effet cela produit sur vous ? Quelles émotions se manifestent ?*

Objectif : Comprendre en quoi les limites du soignant peuvent influencer ou non la prise en soin d'un patient.

* Dans la situation où votre seuil de tolérance d'appel sonnette est dépassé, pensez-vous que cela influence votre façon de prendre en soin le patient ? Et si oui en quoi ?

⇒ *Qu'en est-il de la relation soignant-soigné ? Quelle attitude adoptez-vous et pourquoi ?*

⇒ *Auriez-vous en tête une situation que vous auriez vécue, face à un patient qui utilisait souvent la sonnette ? Accepteriez-vous de la partager avec moi ?*

Objectif : Déterminer l'attitude soignante la plus adaptée dans un contexte de demandes répétées, hors limites que peut avoir le soignant, tel que le seuil de tolérance ou la perception.

* Selon vous, face à un patient qui utilise souvent la sonnette, quelle est l'attitude soignante la plus adaptée ? Ou quels conseils pourriez-vous donner à une jeune collègue qui arrive et qui ne sait pas quoi faire face à un patient utilisant souvent la sonnette ?

ANNEXE VII : Retranscription entretien n°1

ESI : En premier j'aurais aimé savoir quel est ton parcours professionnel ?

IDE : Je m'appelle Marie, je suis diplômée de juillet dernier, le 10 juillet, et j'ai commencé à travailler au CHU de Rennes, en service de neurochirurgie depuis le 15 juillet. Je travaille là-bas depuis juillet, je suis toujours resté là-bas.

ESI : Ok d'accord ! Maintenant je vais parler un peu plus des questions qui aborde le sujet du mémoire. Que représente pour toi la sonnette dans la prise en soin du patient ?

IDE : Alors la sonnette, je trouve que c'est un élément primordial dans la prise en soin du patient dans le sens où on ne peut pas être toujours présent pour eux systématiquement dans leur chambre, et du coup ça va nous orienter sur le prendre soin, ça va nous apporter des éléments supplémentaires : quand ils sont douloureux, ils vont sonner, quand ils vont avoir besoin de nous, ils vont sonner. Donc du coup c'est un élément important qui permet à nous aussi de nous organiser et de repérer quand ils ont besoin de nous surtout.

ESI : Pour toi c'est quelque chose d'utile dans la relation que tu peux avoir avec le patient ?

IDE : Oui bien sûr ! Je trouve que c'est facilitant aussi pour être coordonné avec le patient et puis pas forcément non plus perdre de temps, qu'il attende qu'on passe la prochaine fois dans sa chambre. On peut ne pas le voir pendant une heure parfois un patient donc oui c'est utile.

ESI : Ok d'accord ! Par rapport à justement l'utilisation de la sonnette, c'est quoi ton seuil de tolérance, ta limite quand un patient va sonner dans une après-midi de travail ?

IDE : En terme de nombre de fois ?

ESI : Oui voilà !

IDE : C'est pas facile hein, parce que ça dépend tellement du patient, de sa pathologie, de comment il est en fait, s'il va avoir mal. Ça va dépendre même de sa personnalité. Donc mon seuil de tolérance, je saurai pas te dire un nombre. Par jour, par après-midi, c'est pas facile, je saurais pas trop te dire.

ESI : C'est difficile à définir ?

IDE : Oui c'est complètement difficile à définir parce que je pense que ça dépendra aussi des journées, de l'état nous dans lequel on est quand on arrive pour travailler, du type de patient. C'est assez subjectif aussi.

ESI : Par rapport à ça, qu'est-ce qui va permettre de juger qu'un appel sonnette va être pertinent ou pas pertinent et justement qui va influencer derrière la façon dont tu vas répondre ?

IDE : Alors je pense qu'on a déjà le comportement du patient, la première fois qu'on le voit, enfin la personnalité du patient je trouve ça va nous orienter sur "est-ce qu'il sera plus ou moins anxieux ?", "est-ce qu'il sera peut-être plus ou moins douloureux ?", "est-ce qu'il va du coup plus ou moins sonner ?", et puis surtout aussi son état de dépendance ou pas. C'est vrai qu'il y en a qui peuvent pas aller aux toilettes sans nous appeler, ils ont besoin de notre aide donc je pense que la première image qu'on a

du patient ça va nous orienter sur le nombre de fois où il va peut-être sonner, ou sur son attitude qu'il va voir envers nous. Je sais plus c'est quoi ton autre question ?

ESI : Par exemple quand tu vas répondre à une sonnette, la demande du patient en quoi c'est une demande utile ? Quel est le motif tu vois, est-ce que c'est un motif utile pour toi, qu'est-ce qui n'en est pas un quand un patient sonne ?

IDE : C'est pas facile à dire ça ! Un motif... je dirai que déjà s'il appelle pour tout ce qui est la douleur, pour tout ce qui est justement le côté où il est dépendant et qu'il a vraiment besoin de nous, ça je jugerais ça utile. Après c'est dur de définir qu'est ce qui pourrait ne pas être utile parce que je trouve que c'est aussi aller dans le jugement en fait d'une certaine façon... qu'est-ce qui pourrait être jugé pas utile... peut-être quand c'est une demande qui a déjà été faite récemment et que le patient insiste alors qu'on lui a expliqué... Je sais pas trop, c'est pas facile à dire.

ESI : Est-ce que ça t'es déjà arrivé d'être dans ce genre de situation ?

IDE : Oui ! J'ai déjà eu un patient je m'en rappelle qui faisait que d'appeler, mais vraiment, je sais pas je dirais toutes les 5 minutes facilement. C'était une matinée où je travaillais. Moi du coup je suis en neurochirurgie donc en fait il y a des patients qui peuvent être confus, et en fonction de leur opération le comportement peut changer. Là, c'était un patient qui appelait sans cesse, mais même pour poser des questions auxquelles on répondait et après il resonait pour la même chose, ou pour des inquiétudes tout ça. Et ça c'est vrai que c'était pas évident à gérer parce que à la fois le patient lui il est mal et il a envie d'avoir des réponses et s'il sonne c'est qu'il y a un besoin derrière je pense aussi, et nous en même temps on explique on essaie de lui répondre mais on ne peut pas être omniprésent pour ce patient là parce qu'à côté il y en a une dizaine qui nous attendent aussi et qui ont d'autres besoins. Oui, ça m'est déjà arrivé ce genre de comportement où un patient sonne très, très régulièrement.

ESI : Quand tu as vécu ce moment-là, par rapport à au reste du travail qu'il y avait à faire, comment tu t'es senti ?

IDE : J'avoue je pense que j'aurais pu perdre patience mais j'essaie de relativiser en me disant que c'était peut-être aussi sa pathologie, qu'il le faisait pas exprès. On s'est partagé aussi avec les collègues pour pas que ce soit toujours la même qui aille répondre. Et puis aussi de dire au patient qu'à un moment donné il faut arrêter quoi, on veut bien entendre que vous avez ces besoins-là mais c'est des besoins auxquels on a déjà répondu ou auxquels on ne peut pas forcément répondre. En tout cas on allait toujours quand même lui répondre parce qu'il y a la sonnette, il y a aussi le bruit qui continue d'être présent et auquel il faut répondre. On allait quand même voir parce qu'on sait jamais, il peut appeler, il peut avoir chuté d'un moment à l'autre, ça peut ne pas être quelque chose qui nous semblait "futile". Donc forcément à chaque fois on y répond mais c'est vrai qu'il ne faut pas oublier le travail qu'on a à côté et puis l'organisation derrière quoi.

ESI : Est-ce que tu penses que dans cette situation-là, au bout d'un certain nombre de fois où tu retournes voir le patient plusieurs fois, ça peut influencer la façon dont tu vas te comporter avec lui, la relation que tu as avec lui ? Est-ce que tu penses que c'est quelque chose qui est possible ?

IDE : Honnêtement, je pense que ça peut jouer ! On peut à force être agacé, ça reste humain, il y a un sentiment humain, on peut perdre patience, être agacé. Après je pense qu'il faut aussi savoir se recentrer un peu, se ressaisir en se disant qu'il reste un patient, il reste malade, peu importe la pathologie qu'il a, il a aussi des besoins. Il faut essayer d'être le plus patient possible je pense, et de

mettre ce côté subjectif, l'avis qu'on a du patient, rester toujours neutre je pense, il faut essayer de pas trop se laisser influencer par ce type d'agacement, essayer de rester le plus neutre possible aussi pour pas que ça interfère trop avec la relation qu'on a avec le patient, qu'il ressente cet agacement qu'on a de sa part.

ESI : Comment dire, quand tout à l'heure tu me parlais justement de l'intérêt de la sonnette comme quoi ça permettait au patient d'exprimer ses besoins, est-ce que pour toi la notion d'urgence et la sonnette ont un lien ou pas forcément ?

IDE : Oui complètement ! Franchement ça me rappelle une situation dont mes collègues m'ont parlé mais que je n'ai pas vécu moi personnellement, dans une chambre double où un patient en fait sonnait pour un autre patient qui était, qui faisait un malaise. Il s'est avéré que ce patient faisait un arrêt cardiaque. Donc c'était une situation d'urgence et c'est là où en fait il faut pas négliger une sonnette, et non plus ne pas laisser trop durer cette sonnette, et pas trop l'interpréter aussi en se disant "ah bah il doit sonner pour ça, pour si", et en fin de compte ça peut être une réelle urgence et d'où l'intérêt vraiment de mettre à disposition les sonnettes auprès des patients parce qu'on est jamais à l'abri d'une chute ou d'une urgence plus grave, et la sonnette est vraiment très très utile dans ces moment-là. Je sais plus si j'ai répondu à ta question !

ESI : Si si c'est ça ! Et du coup pour toi un appel urgent ça serait quoi et qu'est-ce qui n'en serait pas un ?

IDE : ... C'est pas facile ça aussi je trouve, c'est très très subjectif. Un appel urgent pour moi c'est... faut réagir immédiatement, donc c'est-à-dire, je sais pas, oui une chute, un arrêt, là où le patient est en danger je pense d'une certaine façon, et un appel moins urgent... un moment où le patient peut attendre quelques minutes peut-être, je pense par rapport à si on compare deux sonnettes, deux urgences. Je dirai que l'urgence, là où on doit agir rapidement, il y a un enjeu pour le patient, tu vois, qui peut être vital ou pas mais... je pense qui peut mettre en danger le patient si on le fait trop attendre quoi, je pense, je dirai ça.

ESI : Ok ! Donc on parle de la sonnette, de ce que ça représente pour toi dans ton travail... quand justement il y a une entrée d'un patient et que la chambre lui est présentée, donc en particulier la sonnette, quelle(s) information(s) tu lui donnes à propos de cet objet-là ?

IDE : Alors souvent moi ce que je dis c'est que "vous avez une sonnette à disposition, elle sert à nous appeler, elle est représentée par le bouton rouge" et je leur dis "il faut pas hésiter à nous appeler pour quoi que ce soit" ou je leur dis "si vous avez besoin de nous appeler, faut appuyer sur ce bouton-là", et je la met à disposition souvent dans ces moment-là. Comme ça ils l'ont vers eux si besoin.

ESI : Tout à l'heure tu me parlais justement des émotions que tu as pu ressentir dans des situations où c'est... où tu t'es retrouvé face à un patient qui sonnait de nombreuses fois, est-ce que tes émotions, comment expliquer ça... Est-ce que tu t'es senti parfois submergé par des émotions ou est-ce que ça aurait peut-être pu interférer avec ton jugement soignant, est-ce que tu as déjà ressenti des choses comme ça ?

IDE : Lié au fait que le patient sonne ?

ESI : Oui !

IDE : Oui je pense que... je pense qu'il peut y avoir certaines émotions quand on entend la sonnette du patient, parce que je pense que dès qu'un patient sonne on se demande pourquoi il peut sonner, et parfois on peut s'imaginer la raison pour laquelle il sonne et du coup en s'imaginant cette raison peut-être ça peut créer en nous des émotions de stress si on sait le patient par exemple il était, je sais pas dans un état critique et qu'il se met a sonner, on peut se dire voilà "qu'est-ce qui se passe ?" ou oui comme je disais tout à l'heure essayer d'enlever ce genre de réaction mais d'être un peu lassé qu'une sonnette sonne parfois aussi souvent, quand c'est des patients confus qui ne se rendent pas compte qu'ils sonnent ou parce qu'ils ont appuyé sur le mauvais bouton et qu'en fait il nous appellent. Oui je pense qu'il y a certaines émotions qui peuvent... venir à la suite d'une sonnette d'un patient.

ESI : Ok ! Et justement face à ce genre de situation, c'est quoi pour toi le... t'en as parlé un petit peu tout à l'heure dans le comportement que t'as adopté dans les situations que tu as vécues... le comportement soignant le plus adapté, ou si je peux formuler ma question autrement, si t'as une jeune collègue qui te demande un conseil sur comment réagir dans ce genre de situation, quel(s) conseil(s) tu lui donnerais, comment se comporter en tant que soignant en fait ?

IDE : En répondant à une sonnette ?

ESI : Oui voilà !

IDE : Je pense que c'est d'émettre aucun jugement, d'essayer d'être le plus objectif et le plus neutre, de pas interpréter, d'aller dans l'interprétation de ce que veut le patient et d'essayer d'être le plus à son écoute et de lui demander vraiment pourquoi il sonne et qu'il nous explique, et pas le devancer en pensant savoir pourquoi il sonne en fait et dire "ah vous sonnez pour ça" alors qu'en fait c'était pas du tout ça. Je pense essayer d'être le plus objectif, le plus neutre, essayer d'émettre aucun jugement sur... sur la raison de la sonnette.

ESI : Et est-ce que ça t'es arrivé d'être... tu as déjà vécu une situation où tu as été surprise de... par exemple un patient qui sonnait pour une demande en particulier et au final dans la façon dont t'as répondu à son besoin, ça cachait autre chose derrière, est-ce que c'est une situation qui t'es déjà arrivé ?

IDE : J'ai pas forcément de situation précise-là qui me vient en tête mais en tout cas ça me parle ce type de situation, ce que tu me dis... c'est possible que j'ai déjà eu ce type de situation où en fait le patient sonne pour une raison et après en fait, peut-être la façon dont on lui a répondu fait qu'il nous parle d'un autre problème derrière. C'est possible après c'est vrai que j'ai pas trop en tête de situation précise... mais je pense que oui, c'est déjà arrivé honnêtement qu'il y ai une autre raison ou une deuxième raison qui soit derrière la première raison de la sonnette du patient.

ESI : Ok ça marche ! Je crois que du coup on arrive à la fin de l'entretien. Est-ce qu'il y a autre chose que tu aimerais dire par rapport à ce thème-là ? Sur la sonnette ? Sur la façon dont tu te sens quand ça sonne souvent ? De manière générale sur ce thème-là, ton seuil de tolérance par rapport à ça. Est-ce qu'il y a autre chose que tu voudrais dire ?

IDE : Ce que je pourrais rajouter c'est que... je pense que je l'ai déjà dit mais faut essayer d'être plus... ça vient un peu titiller notre patience je trouve les sonnettes et qu'il faut essayer d'être... Voilà compréhensif en fait parce qu'un patient il ne se rend peut-être pas compte non plus du travail qu'on fait derrière, il pense à son besoin en premier. Même si on peut, on est souvent coupé en fait parce qu'une sonnette c'est jamais prévu dans notre organisation de travail, même si on est souvent coupé,

il faut savoir prendre en compte le besoin du patient, essayer de l'écouter le plus possible et puis essayer d'émettre aucun jugement de valeur, je pense que c'est important. Et puis ça reste un élément je pense primordial dans le prendre soin, si on attendait des heures de savoir un problème d'un patient, la sonnette est vraiment utile quand on leur explique. Ça permet d'anticiper certains problèmes aussi, la gestion de la douleur, de pas laisser des patients s'uriner dessus par exemple. Je pense c'est un élément essentiel du prendre soin et puis essayer de gérer nos émotions qu'on peut ressentir derrière pour pas que ça interfère derrière dans la relation avec le patient, et puis qu'il ne sente pas que ça nous ai gêné, que ça nous ai agacé pour qu'après derrière il puisse encore exprimer ses besoins, qu'il diminue pas le nombre de sonnettes parce qu'on a eu un comportement pas adapté avec lui. Je pense que c'est important.

ESI : Ok ça marche ! Merci du coup pour tes réponses.

ANNEXE VIII : Retranscription entretien N°2

ESI : En premier, j'aurais aimé que tu me racontes ton parcours professionnel depuis ton diplôme.

IDE : D'accord ! Donc j'ai été diplômée en 2010 à l'IFSI de Saint Malo. Ensuite je suis aussitôt venue à Rennes, c'était mon choix parce que l'hôpital de Saint Malo était un peu petit, j'avais envie de voir quelque chose de plus grand. J'ai commencé en ORL parce j'avais fait mon stage préprofessionnel en ORL donc j'ai commencé directement là-bas par un remplacement de quatre mois. Après j'ai fait un peu de Clovis Vincent, pendant 3 mois. Et ensuite j'ai alterné, j'ai fait surtout des remplacements longs sur la neurosciences. J'ai alterné la neurochirurgie et l'ORL, pendant deux trois ans j'ai alterné les remplacements entre les deux services. J'ai eu la chance de faire que deux mois de pool ça m'a suffi ! Ensuite, depuis 2014, je suis sur Jean Pecker.

ESI : Donc là c'est ta septième année du coup ?

IDE : Oui ! C'est ça oui.

ESI : Ok ! Du coup maintenant je vais te poser les questions plus en lien avec le thème du mémoire. Première question : pour toi la sonnette, qu'est-ce que ça représente dans la prise en soins du patient ? ... Quelle(s) représentation(s) tu t'en fais ? Quel rôle ?

IDE : C'est ce qui permet au patient de nous appeler s'il a besoin de nous, pour quoi que ce soit. C'est plus ça la représentation que j'en ai, pour moi oui c'est juste un moyen d'appel pour le patient.

ESI : D'accord ! Est-ce que tu penses que c'est quelque chose d'utile pour un patient qui est hospitalisé ?

IDE : Oui c'est indispensable ! Faut vraiment qu'on est une sonnette, c'est vraiment indispensable pour lui, pour qu'il ai un moyen de nous appeler, de nous contacter, pour quoi que ce soit.

ESI : Ok d'accord ! Par rapport justement à un patient qui va sonner, qu'est-ce qui serait pour toi un appel pertinent ou utile, et qu'est-ce qui n'en ai pas un, de ton point de vue en tant qu'infirmière ?

IDE : Un appel pertinent, utile, ou un qui n'est pas... Je dirai que malheureusement, avant d'entrer dans la chambre, on ne peut pas savoir la nature de l'appel. J'ai envie de dire si le patient nous appelle et qu'il est bloqué au lit, c'est qu'il a forcément besoin de quelque chose, qu'il a besoin de nous. Donc pour moi c'est forcément utile pour lui ! Si nous on décrète que c'est pas utile, je trouve qu'on rentre déjà dans le jugement, le jugement de valeur, et qu'on a pas forcément à juger s'il y a besoin ou pas. Je pense juste qu'à l'hôpital les sonnettes sont mal... sont mal faites dans le sens où pour avoir été à Saint Grégoire, ils utilisent d'autres techniques, où je pense que ça pourrait être mis en place au CHU et qui seraient plus utiles. Notamment je trouve que les sonnettes on peut pas distinguer entre une demande du patient parce qu'il veut quelque chose ou je dirai une "demande simple", d'une vraie urgence vitale. Par exemple un patient qui tombe par terre, on peut pas savoir si c'est une grosse urgence, s'il arrive juste à appuyer sur le bouton et qu'il arrache pas la sonnette, c'est pas différent de "j'ai plus d'eau dans mon pichet, je voudrais en avoir d'autre" quoi.

ESI : Tu parles de demandes simples, c'est quoi une demande simple ?

IDE : “J’ai plus d’eau dans mon pichet, est-ce que je pourrais en avoir d’autre”, “Est-ce que vous pouvez fermer la fenêtre”, ou “Mon téléphone est tombé par terre, est-ce que vous pourriez me le relever?”. C’est ce que j’appelle une demande simple. Des choses on va dire plus matérielles je dirai.

ESI : S’accord ! Et quand tu parles du coup qu’à Saint Grégoire ils ont une autre manière de faire, ils différencient ces deux types de demandes, comment ça fonctionne ?

IDE : Alors en fait, ils utilisent beaucoup le téléphone. C’est quand j’étais en maternité en fait que j’ai découvert ça. Chaque sage-femme et chaque auxiliaire de puéricultrice ont un numéro de téléphone propre, et quand on a besoin de quelque chose, ils nous disent d’appeler sur les téléphones là. Par exemple, si on a plus d’eau, on appelle l’auxiliaire sur son numéro pour dire j’ai plus d’eau. Si on a une question pour la sage-femme, on appelle la sage-femme. Ils nous disent bien “la sonnette c’est en cas d’urgence grave” ! Ils disent “vous appuyez sur la sonnette si vous faites un malaise, si vous avez très mal”, c’est vraiment pour des grosses urgences quoi. Ils nous disent quand un patient sonne à la sonnette, ils arrivent tous en courant dans la chambre.

ESI : D’accord !

IDE : Sinon ils nous demandent d’utiliser le téléphone et pour la bonne personne.

ESI : Et tu penses que ça serait plus adapté, plus facilitant pour le soignant si ça fonctionne comme ça ?

IDE : Je pense que ça peut être une aide oui ! Après ça a ses limites. Après là j’étais dans un service de maternité donc toutes les femmes sont jeunes et capables. Dans un service de soins avec des populations de tous les âges, pour certaines personnes âgées ou handicapées, ça pourrait être plus difficile, d’adopter ça dans tous les services. Je pense, pour ce que je connais de la neurochirurgie, ça me paraît compliqué avec certains patients de leur faire composer un numéro sur un téléphone. Mais je me disais “tiens ça peut être une solution”.

ESI : Il y aurait moyen de revoir le truc, de... ?

IDE : Oui voilà, de penser, de pouvoir réfléchir à d’autres choses quoi. Je veux dire, je sais pas, on rentre dans la chambre on a deux types de présence, je me dis pourquoi pas deux types de sonnette. Après est-ce qu’on n’est pas dans le jugement en faisant deux appels différents ? Ça ne serait peut-être pas réalisable non plus. Je ne sais pas. C’est juste que j’avais vu ça et que je trouvais ça bien !

ESI : Qu’est-ce que, comment dire, quand tu parlais des demandes simples ou non du patient, comment toi tu perçois du point de vue du patient, ce qui va le pousser à sonner ? T’as le point de vue soignant sur les demandes que le patient peut avoir en sonnant mais si, je sais pas si c’est clair... Qu’est-ce qui le pousse à sonner pour lui ? Qu’est-ce qui pourrait le pousser à appeler quelqu’un ?

IDE : Je pense qu’il nous appelle s’il a un... un problème qui lui semble majeur pour lui... qui pour lui il pense qu’il ne peut pas attendre notre prochain passage. Je me dis il y a des moments de la journée où on peut être deux heures sans passer, et peut-être que pour lui à ce moment-là c’est trop important et il peut pas attendre ce temps-là.

ESI : D’accord ! Tu dis que le patient a une demande majeure, toi en tant qu’infirmière, quelle(s) information(s) tu donnes au patient quand il rentre dans le service, là en l’occurrence pour une

opération, quelle(s) information(s) tu vas lui donner par rapport à la sonnette quand il s'installe dans la chambre ?

IDE : Je vais lui dire de nous appeler... moi je leur dis même à chacun de mes passages quand je sors de la chambre "si vous avez besoin de quoi que ce soit, vous nous appelez". Comme ça pour leur dire qu'ils n'hésitent pas à sonner s'il y a besoin. On a quand même beaucoup de patients qui ont peur déranger le personnel, qui n'osent pas nous déranger et qui du coup vont attendre dans leur chambre qu'on passe alors qu'on aurait pu leur apporter de l'aide longtemps à l'avance.

ESI : Ok d'accord ! Pour toi ça serait quoi, je sais pas comment définir ça, ton seuil de tolérance par rapport à la sonnette, la limite à partir d'un moment où ça devient, je ne sais pas, plus compliqué à gérer ?

IDE : Où ça peut m'agacer, à partir de quand ça m'agace qu'un patient a des appels intempestifs ?

ESI : Oui ! Est-ce que c'est par rapport plus, pour toi, au nombre d'appels ou par exemple pour un même patient en fonction du motif, de la raison de sa demande, est-ce que t'as une définition du seuil pour toi ?

IDE : Je dirai que c'est plus un nombre d'appels intempestifs.

ESI : D'accord !

IDE : Après le seuil... je dirai si je sors juste... je dirais si ça fait cinq-dix minutes qu'on est sorti de la chambre et qu'il rappelle et qu'il nous fait ça trois-quatre fois de suite. Quand on vient juste de sortir de la chambre et qu'un patient rappelle, c'est pas, je veux dire c'est courant, il peut avoir oublié de nous demander quelque chose ou nous avoir oublié de faire quelque chose. Je dirais que c'est la fréquence mais aussi le temps entre deux sonnettes. Je dirais, faudrait que ce soit au bout de quatre fois et espacé de cinq-dix minutes quoi. C'est intempestif.

ESI : D'accord ! J'imagine que t'as déjà vécu ce genre de situation, comment tu te sens quand ça arrive ? Quel état d'esprit tu as par rapport à ça ?

IDE : Après dans le service, les sonnettes intempestives, c'est très souvent des personnes qui sont confuses, donc même si ça nous agace, on est plutôt à se passer le rôle, à essayer de se passer le relai, parce qu'il est confus et que le patient va pas comprendre ce qui lui arrive. On sait bien que c'est pas volontaire, qu'il s'est pas réveillé le matin en se disant "tiens je vais embêter l'équipe soignante", il se rend pas compte de ça quoi. Et l'autre patient que j'ai en tête, c'est vrai, qui avait un nombre de sonnettes intempestives, c'était un patient qui était tétraplégique quasi complet, il avait juste les mains en fait qui pouvaient bouger, il avait une sonnette tétra. Et c'est vrai qu'il était exigeant, pour avoir son confort de la journée. On se disait oui, si son bassin il est droit de deux millimètres et que ça lui donne des douleurs pendant deux heures, on comprenait aussi quoi. On est plus à essayer de se passer le relai et à être plusieurs à répondre aux sonnettes différemment quand on sent que ça nous agace quoi.

ESI : Dans les émotions que tu peux avoir, c'est plus de l'agacement du coup ?

IDE : Oui je dirai que c'est surtout ça, de l'agacement, quand ça fait trop longtemps oui ça commence à nous agacer.

ESI : Ok ! Tu me parlais tout à l'heure de ton seuil de tolérance, dans une situation donnée on va dire qu'il est dépassé, que t'as atteint ton seuil de tolérance, est-ce que tu penses que ça peut influencer le comportement que tu vas avoir avec le patient, la relation que tu as avec lui ou la façon dont tu vas le soigner ? Est-ce que tu penses que ça joue un rôle là-dessus ?

IDE : Oui ça peut ! Je dirais que le but c'est de réussir à passer le relai avant que notre agacement se voit dans la chambre. Mais oui, si notre seuil de tolérance est atteint et qu'on y va, oui notre agacement peut se ressentir au niveau du patient, on peut être amené à devoir parler sèchement et justement se reprendre après "là ça va pas comment je parle". Va falloir changer de ton et passer le relai parce que là, ça va plus quoi.

ESI : Selon toi, quel effet ça peut produire sur le patient si ça arrive ?

IDE : ... qu'est ce qu'on pourrait avoir ?

ESI : Comment le patient en fait peut voir ça ? Comment de son côté il peut ressentir ça ?

IDE : Ça peut être ne plus oser sonner. Après, si je prends l'exemple d'un patient confus qu'à la main sur la sonnette, malheureusement il va pas trop s'en rendre compte. Il va continuer à sonner. Le risque c'est aussi lui que, souvent au niveau psychologique il soit moins bien, et c'est pas étonnant que derrière ça va exacerber son angoisse, ses douleurs aussi. Souvent ça va de pair ! C'est quelqu'un qui peut, s'il a mal au dos, d'un coup la douleur, si on est trop agacé ou qu'on lui parle trop sèchement, je pense que tout peut prendre des ampleurs plus grandes quoi !

ESI : Ok ! Pour toi ça serait quoi, pour répondre à un patient qui sonne souvent, ça serait quoi le comportement soignant le plus adapté dans l'attitude ? Si par exemple t'as une jeune collègue qui vient te voir pour te demander un conseil sur comment réagir, comment être avec la patient, quel(s) conseil(s) tu lui donnerai par rapport à ça ?

IDE : Peut-être essayer d'être au maximum dans la "prévention", au moment où on rentre dans la chambre, essayer de lui dire "Est-ce que vous pensez que c'est bon, que tout est ok pour vous ? Est-ce que vous pensez qu'il vous manque autre chose avant que je parte ?", pour essayer justement d'anticiper les demandes futures, de voir avec le patient est-ce que là il est bien, lui préciser qu'on repassera plus tard. Par exemple on peut lui dire "Mon collègue repasse dans une demie-heure, est-ce que d'ici-là vous pensez que vous aurez besoin d'autre chose ?". Et le dire au patient, quand ça fait trop longtemps qu'on vient... mais utiliser le bon ton quoi ! Faut pas arriver dans la chambre d'un ton agacé "Bon bah ça suffit maintenant !". Je l'ai déjà entendu et c'est anti-productif et vraiment pas bien pour le patient. Mais essayer de lui dire "Là ça fait longtemps ou beaucoup de fois que vous sonnez, on a aussi beaucoup d'autres patients à s'occuper. On ne peut pas s'occuper que de vous tout le temps. Alors dites-moi qu'est-ce que je peux faire là, tant que je suis avec vous pour que vous soyez au mieux et que quand je quitte la chambre, vous me rappelez pas d'ici dix minutes quoi".

ESI : Ok ! Du coup j'arrive à la fin de l'entretien, j'ai plus de questions particulières. Est-ce qu'il y a autre chose que tu aimerais ajouter sur ce thème-là ? Quelque chose en particulier ?

IDE : Non, pas en particulier. Je dirais peut-être parfois de ne pas se laisser influencer par nos collègues. Je veux dire quand il y a quelqu'un qui a la main sur la sonnette, ça peut aller assez vite en jugement aux transmissions "Ah bah tu verras bien celui-ci, il a fait que sonné, il nous a cassé les pieds toute la matinée". Je me dis c'est un peu plus facile quand, à la première sonnette, il sonne, quelqu'un arrive déjà remonté comme un coucou "Qu'est-ce qui se passe ?! Vous avez sonné toute la matinée !". Je

dirais que c'est plus ça ! Nous on arrive, on repart de zéro, on est tout frais, donc pas prendre l'agacement de nos collègues du matin avec nous l'après-midi par exemple.

ESI : D'accord, ok ! C'est tout pour moi du coup. Merci d'avoir répondu aux questions et d'avoir été disponible !

ANNEXE IX : Tableau d'analyse des entretiens

| La sonnette et le patient | | |
|----------------------------------|--|--|
| | IDE 1 | IDE 2 |
| Représentations | <p><i>Indispensable</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - un élément primordial dans la prise en soin du patient - un élément je pense primordial dans le prendre soin - élément essentiel du prendre soin - un élément important <p>⇒ 4 items</p> <p><i>Utile</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - oui c'est utile - la sonnette est vraiment utile quand on leur explique <p>⇒ 2 items</p> <ul style="list-style-type: none"> - c'est facilitant | <p><i>Indispensable</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - c'est indispensable - c'est vraiment indispensable pour lui <p>⇒ 2 items</p> <ul style="list-style-type: none"> - un moyen d'appel pour le patient - il ait un moyen de nous appeler |
| Rôle | <p><i>Source d'infos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - orienter sur le prendre soin - apporter des éléments supplémentaires - repérer quand ils ont besoin de nous - permet d'anticiper certains problèmes <p>⇒ 4 items</p> | <p><i>Moyen d'appel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - nous contacter, pour quoi que ce soit - appeler s'il a besoin de nous, pour quoi que ce soit <p>⇒ 2 items</p> |

| | | |
|--------------------|--|--|
| | <p><i>Organisation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - permet de nous organiser - être coordonné avec le patient - pas perdre de temps, qu'il attende qu'on passe la prochaine fois <p>⇒ 3 items</p> | |
| Seuil de tolérance | <ul style="list-style-type: none"> - je saurai pas te dire un nombre - je saurais pas trop te dire - c'est complètement difficile à définir - C'est assez subjectif <p>⇒ 4 items</p> <p><i>Facteurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ça dépend du patient, de sa pathologie, de comment il est, s'il va avoir mal - dépendre même de sa personnalité - ça dépendra aussi des journées, de l'état nous dans lequel on est, du type de patient <p>⇒ 3 items</p> | <ul style="list-style-type: none"> - c'est plus un nombre d'appels intempestifs - je dirais si ça fait cinq-dix minutes qu'on est sorti de la chambre et qu'il rappelle et qu'il nous fait ça trois-quatre fois de suite - Je dirais que c'est la fréquence mais aussi le temps entre deux sonnettes - faudrait que ce soit au bout de quatre fois et espacé de cinq-dix minutes quoi. C'est intempestif. <p>⇒ 4 items</p> |
| Utilité d'un appel | <p><i>Utile</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - s'il appelle pour tout ce qui est la douleur - le côté où il est dépendant - je jugerais ça utile <p>⇒ 3 items</p> | <ul style="list-style-type: none"> - avant d'entrer dans la chambre, on ne peut pas savoir la nature de l'appel <p><i>Utile</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - si le patient nous appelle et qu'il est bloqué au lit, c'est qu'il a forcément besoin de quelque chose - pour moi c'est forcément utile pour lui <p>⇒ 2 items</p> |

| | | |
|-------------------------|---|--|
| | <p><i>Non utile</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - peut-être quand c'est une demande qui a déjà été faite récemment et que le patient insiste alors qu'on lui a expliqué <p>⇒ 1 item</p> <p><i>Difficulté à définir</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - c'est dur de définir - je trouve que c'est aussi aller dans le jugement - c'est pas facile à dire <p>⇒ 3 items</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Si nous on décrète que c'est pas utile, je trouve qu'on rentre déjà dans le jugement, le jugement de valeur |
| Analyse du patient | <ul style="list-style-type: none"> - la première image qu'on a du patient ça va nous orienter sur le nombre de fois où il va peut-être sonner - le comportement du patient - la personnalité du patient, ça va nous orienter - son état de dépendance - en fonction de leur opération le comportement peut changer | |
| La sonnette à l'hôpital | | <ul style="list-style-type: none"> - Je pense juste qu'à l'hôpital les sonnettes sont mal... sont mal faites - les sonnettes on peut pas distinguer entre [...] une "demande simple", d'une vraie urgence vitale <p><i>Autre établissement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ils utilisent beaucoup le téléphone - quand on a besoin de quelque chose, ils nous disent d'appeler sur les téléphones - la sonnette c'est en cas d'urgence grave |

| | | |
|--------|---|--|
| | | <p>- Je pense que ça peut être une aide oui ! Après ça a ses limites</p> <p>- Dans un service de soins avec des populations de tous les âges [...], ça pourrait être plus difficile, d'adopter ça</p> <p>- ça me paraît compliqué avec certains patients de leur faire composer un numéro sur un téléphone</p> |
| Autres | <p>- une sonnette c'est jamais prévu dans notre organisation de travail</p> <p>- s'il sonne c'est qu'il y a un besoin</p> | <p><i>Évolution de la sonnette ?</i></p> <p>- on rentre dans la chambre on a deux types de présence, je me dis pourquoi pas deux types de sonnette. Après est-ce qu'on n'est pas dans le jugement en faisant deux appels différents ?</p> |

| Urgence & sonnette | | |
|---|---|--|
| | IDE 1 | IDE 2 |
| La notion d'urgence et la sonnette sont liées | <p>- Oui complètement !</p> <p>- la sonnette est vraiment très très utile dans ces moment-là</p> <p>- ça peut être une réelle urgence</p> <p>- l'intérêt vraiment de mettre à disposition les sonnettes auprès des patients ⇒ 4 items</p> | |
| Urgence d'un appel | <p>- c'est très très subjectif</p> <p><i>Appel urgent</i></p> <p>- Un appel urgent pour moi c'est... faut réagir immédiatement</p> | <p><i>Appel urgent</i></p> <p>- Par exemple un patient qui tombe par terre</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - une chute, un arrêt, là où le patient est en danger - Je dirai que l'urgence, là où on doit agir rapidement - il y a un enjeu pour le patient - qui peut être vital ou pas - qui peut mettre en danger le patient si on le fait trop attendre <p>⇒6 items</p> <p><i>Appel non urgent</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - un appel moins urgent... un moment où le patient peut attendre quelques minutes peut-être <p>⇒ 1 item</p> | <ul style="list-style-type: none"> - "vous appuyez sur la sonnette si vous faites un malaise, si vous avez très mal", c'est vraiment pour des grosses urgences quoi <p>⇒ 2 items</p> <ul style="list-style-type: none"> - les sonnettes on peut pas distinguer entre [...] une "demande simple", d'une vraie urgence vitale - "J'ai plus d'eau dans mon pichet, est-ce que je pourrais en avoir d'autres" / "Est-ce que vous pouvez fermer la fenêtre" / "Mon téléphone est tombé par terre, est-ce que vous pourriez me le relever?". C'est ce que j'appelle une demande simple. Des choses on va dire plus matérielles je dirais. - il nous appelle s'il a un... un problème qui lui semble majeur pour lui. - pour lui il pense qu'il ne peut pas attendre notre prochain passage |
|--|--|--|

| Sonnette & prendre soin | | |
|--|--|--|
| | IDE 1 | IDE 2 |
| <p>Information sur la sonnette : disponibilité du soignant</p> | <ul style="list-style-type: none"> - vous avez une sonnette à disposition, elle sert à nous appeler - il faut pas hésiter à nous appeler pour quoi que ce soit - si vous avez besoin de nous appeler, faut appuyer sur ce bouton-là <p>⇒ 3 items</p> <ul style="list-style-type: none"> - c'était pas évident à gérer | <ul style="list-style-type: none"> - je leur dis même à chacun de mes passages quand je sors de la chambre "si vous avez besoin de quoi que ce soit, vous nous appelez" - pour leur dire qu'ils n'hésitent pas à sonner s'il y a besoin <p>⇒ 2 items</p> <ul style="list-style-type: none"> - beaucoup de patients qui ont peur déranger le personnel, qui n'osent pas nous déranger |

| | | |
|---|--|---|
| <p>Etat d'esprit et émotions dans les gestion des sonnettes</p> | <p><u>Etat d'esprit</u> <i>Prendre du recul</i> - j'essaie de relativiser - il faut aussi savoir se recentrer - se ressaisir - peu importe la pathologie qu'il a, il a aussi des besoins ⇒ 4 items</p> <p><i>Conscience de la réalité</i> - il ne faut pas oublier le travail qu'on a à côté et puis l'organisation - un patient il ne se rend peut-être pas compte non plus du travail qu'on fait derrière ⇒ 2 items</p> <p><i>Neutralité</i> - rester toujours neutre - rester le plus neutre possible ⇒ 2 items</p> <p>- il faut pas négliger une sonnette ⇒ 1 item</p> <p><u>Emotions</u> - je pense qu'il peut y avoir certaines émotions quand on entend la sonnette du patient</p> <p><i>Patience</i> - je pense que j'aurais pu perdre patience - ça vient un peu titiller notre patience je trouve les sonnettes - on peut perdre patience ⇒ 3 items</p> | <p><u>Emotions</u> <i>Agacement</i> - même si ça nous agace - c'est surtout ça, de l'agacement - quand ça fait trop longtemps oui ça commence à nous agacer ⇒ 3 items</p> |
|---|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | <p><i>Agacement</i> - être agacé</p> <p>- On peut à force être agacé ⇒ 2 items</p> <p><i>Stress</i> - dès qu'un patient sonne on se demande pourquoi il peut sonner [...], en s'imaginant cette raison peut-être ça peut créer en nous des émotions de stress ⇒ 1 item</p> <p><i>Lassitude</i> - d'être un peu lassé qu'une sonnette sonne parfois aussi souvent ⇒ 1 item</p> | |
| <p>Influence des sonnettes intempestives sur le prendre soin</p> | <p><i>Influence ?</i> - Honnêtement, je pense que ça peut jouer ⇒ 1 item</p> <p><i>Impact patient</i> - pas que ça interfère trop avec la relation qu'on a avec le patient, qu'il ressent cet agacement</p> <p>- qu'il ne sente pas que ça nous ai gêné, que ça nous ai agacé</p> <p>- qu'il diminue pas le nombre de sonnettes parce qu'on a eu un comportement pas adapté avec lui ⇒ 3 items</p> | <p><i>Influence ?</i> - Oui ça peut</p> <p>- oui notre agacement peut se ressentir au niveau du patient, on peut être amené à devoir parler sèchement ⇒ 2 items</p> <p><i>Impact sur le patient</i> - Ça peut être ne plus oser sonner</p> <p>- souvent au niveau psychologique il soit moins bien</p> <p>- ça va exacerber son angoisse, ses douleurs</p> <p>- si on est trop agacé ou qu'on lui parle trop sèchement, je pense que tout peut prendre des ampleurs plus grandes</p> <p>- c'est anti-productif et vraiment pas bien pour le patient [mauvais ton] ⇒ 5 items</p> |

| | | |
|---------------------------|---|--|
| <p>Attitude soignante</p> | <p><i>Apporter une réponse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - on allait toujours quand même lui répondre - On allait quand même voir parce qu'on sait jamais - à chaque fois on y répond - ne pas laisser trop durer cette sonnette <p>⇒ 4 items</p> <p><i>Gestion des émotions</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - essayer de gérer nos émotions qu'on peut ressentir - essayer d'être le plus patient possible - essayer de pas trop se laisser influencer par ce type d'agacement <p>⇒ 3 items</p> <p><i>Pas d'interprétation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - pas trop l'interpréter - pas interpréter - pas le devancer en pensant savoir pourquoi il sonne <p>⇒ 3 items</p> <p><i>Pas de jugement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - émettre aucun jugement - essayer d'émettre aucun jugement - émettre aucun jugement de valeur <p>⇒ 3 items</p> <p><i>Etre à l'écoute</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - être le plus à son écoute - savoir prendre en compte le besoin du patient | <p><i>Influence des collègues</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ne pas se laisser influencer par nos collègues - quelqu'un qui a la main sur la sonnette, ça peut aller assez vite en jugement aux transmissions - pas prendre l'agacement de nos collègues <p>⇒ 3 items</p> <p><i>Anticiper</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - essayer d'être au maximum dans la "prévention" - essayer justement d'anticiper les demandes futures <p>⇒ 2 items</p> <p><i>Transparence</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - le dire au patient, quand ça fait trop longtemps qu'on vient... mais utiliser le bon ton - Là ça fait longtemps ou beaucoup de fois que vous sonnez, on a aussi beaucoup d'autres patients à s'occuper <p>⇒ 2 items</p> <p><i>Donner des repères</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - lui préciser qu'on repassera plus tard <p>⇒ 1 item</p> |
|---------------------------|---|--|

| | | |
|--|---|--|
| | <p>- essayer de l'écouter le plus possible ⇒ 3 items</p> <p><i>Etre objectif</i></p> <p>- essayer d'être le plus objectif et le plus neutre - être le plus objectif, le plus neutre ⇒ 2 items</p> <p><i>Transparence</i></p> <p>- dire au patient qu'à un moment donné il faut arrêter ⇒ 1 item</p> <p><i>Relativiser</i></p> <p>- d'être... voilà compréhensif en fait parce qu'un patient il ne se rend peut-être pas compte non plus du travail qu'on fait derrière ⇒ 1 item</p> | |
| <p>Alternative soignante aux sonnettes intempestives</p> | <p>- On s'est partagé aussi avec les collègues ⇒ 1 item</p> | <p>- le but c'est de réussir à passer le relai avant que notre agacement se voit dans la chambre</p> <p>- on est plutôt à se passer le rôle, à essayer de se passer le relai</p> <p>- On est plus à essayer de se passer le relai et à être plusieurs à répondre aux sonnettes différemment quand on sent que ça nous agace quoi</p> <p>- changer de ton et passer le relai ⇒ 4 items</p> |
| <p>Les limites du soignant</p> | <p>- on ne peut pas être omniprésent</p> <p>- il y en a une dizaine qui nous attendent</p> <p>- il y a aussi le bruit qui continue d'être présent</p> | |

| |
|--|
| <p>NOM : Corino</p> <p>PRENOM : Cécily</p> |
| <p>TITRE : La sonnette et les limites de l'infirmière dans le prendre soin</p> |
| <p>Résumé en Anglais</p> <p>The nurse call button is a tool present in most hospitals. I experienced two situations where the nurse call button, used repeatedly, had an impact on nursing staff and myself. This led me to wonder : <i>to what extent do the patient's repeated requests make us wonder about the nurse's limits in caring ?</i></p> <p>First, based on documents of many authors, I defined some concepts as the nurse call button, the patient's needs, caring or even the perception. Afterward, I carried out two discussions with two nurses in order to compare theory as practical. Finally, I analysed all these elements and I added my personal views.</p> <p>This final thesis made me realize that nurse's limits are numerous and complex, what makes this subject hard to identify. Otherwise, these limits impact both healthcare professionals and patients.</p> |
| <p>Résumé en Français</p> <p>La sonnette est un outil présent dans la plupart des hôpitaux. J'ai vécu deux situations où la sonnette, utilisée de façon répétée, a eu un impact sur l'équipe et moi-même. Cela m'a amenée à me demander : <i>de quelle manière les demandes répétées d'un patient questionnent-elles les limites que l'infirmière pose dans le prendre soin ?</i></p> <p>Tout d'abord, par l'intermédiaire d'auteurs, j'ai défini des notions telles que la sonnette, les besoins du patient, le prendre soin ou encore la perception. Ensuite, j'ai réalisé deux entretiens auprès d'infirmières afin de comparer la théorie à la pratique. Enfin, j'ai analysé toutes ces données et apporté ma réflexion personnelle.</p> <p>Ce travail me fait réaliser que les limites de l'infirmière sont nombreuses et complexes, ce qui rend ce sujet difficile à cerner. Elles impactent aussi bien le soignant que le patient.</p> |
| <p>MOTS CLES (Anglais) Nurse call button / Caring / Perception / Caregiver-caretaker relationship / Limits</p> |
| <p>MOTS CLES (Français) Sonnette / Prendre soin / Perception / Relation soignant-soigné / Limites</p> |
| <p>INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : CHU de Rennes</p> <p>2, rue Henri le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09</p> <p>TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – 2021</p> |