



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

Les interruptions de tâches : Quels impacts dans la relation soignant-soigné ?

Formateurs référents mémoire : Marianne Marchand et Didier Mercier

Mémoire présenté par Marie JAULIN
Formation infirmière
Promotion 2018 - 2021

Date de remise : le 10 mai 2021



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d'infirmier

Travaux de fin d'études :

Les interruptions de tâche et leurs impacts dans la relation soignant-soigné

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 10 mai 2021

Identité et signature de l'étudiant : Marie JAULIN

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.

Mes remerciements

Mes remerciements vont à toutes les personnes qui m'ont aidé avec leur soutien, leur écoute, leur patience, et leur bienveillance dans l'écriture de ce mémoire. Sachez, que vous avez été mes tuteurs, celui qui permet à la plante de grandir correctement sans se casser quand le vent souffle.

Tout d'abord, je remercie mes référentes pédagogiques qui ont été Monique TIERCIN et Lisa DJADAOUDJEE pour avoir suivi mon évolution et mon apprentissage dans cette formation.

Merci à Marianne MARCHAND et Didier MERCIER, mes directeurs de mémoire de m'avoir accompagnée et guidée dans ce projet qui prend vie depuis plusieurs mois maintenant, une forme de conclusion de ces trois années d'apprentissage.

Merci aux infirmières qui ont su prendre de leur temps et répondre présentes pour mes entretiens d'analyse malgré le contexte sanitaire difficile.

À mes amis les plus proches.

À ma famille.

Table des matières

Introduction.....	4
1 Des situations d'appel à la question de départ	5
1.1 Un appel téléphonique inopiné	5
1.2 Une intervention spontanée	6
1.3 Question de départ	7
2 Cadre théorique	8
2.1 L'interruption de tâches.....	8
2.1.1 Leurs facteurs d'influences et leurs conséquences.....	9
2.1.2 Tâches ou activités ?	10
2.2 La relation soignant-soigné	11
2.2.1 Comme une rencontre	11
2.2.2 Comme un échange interpersonnel	11
2.3 L'impact de l'interruption dans la relation soignant-soigné.....	13
2.3.1 Auprès de la personne soignée	13
2.3.2 Sur la personne soignante.....	14
2.3.3 Le positionnement professionnel	15
2.4 Finalité du cadre théorique	16
3 Cadre empirique	17
3.1 Méthodologie d'enquête	17
3.1.1 Objectifs de l'enquête.....	17
3.1.2 Population cible.....	17
3.1.3 Moyens et méthodes des entretiens	18
3.1.4 Difficultés de l'enquête et points forts	18
3.2 Analyse des entretiens exploratoires	19
3.2.1 L'interruption de tâches	19
3.2.2 La relation soignant-soigné	20
3.2.3 Impact de l'interruption de tâches sur la personne soignée.....	21
3.2.4 Impact de l'interruption de tâches sur la pratique soignante.....	21
3.2.5 Réaction et positionnement professionnel.....	22
4 La discussion	24
Conclusion générale.....	27
Bibliographie.....	28
Annexes.....	

INTRODUCTION

Me voici à l'issue des trois années de formation infirmière qui m'ont permis de construire qui je suis aujourd'hui et l'infirmière que je serai demain. Je souhaite ce jour, partager ma réflexion et mes recherches sur un élément au cœur du métier de l'infirmière. À travers les multiples stages que j'ai réalisés, je me suis souvent interrogée sur la charge de travail de l'infirmière, qui est pour le moins soutenue. Non seulement, l'infirmière doit gérer l'ensemble des soins aux patients mais doit gérer en plus les incessantes interruptions qui viennent désorganiser sa ligne directrice de travail. Ainsi on se rend bien compte que le métier d'infirmière est indispensable au fonctionnement d'un service car il est l'élément pivot qui relie l'ensemble des corps de métier et le porte-parole de beaucoup. On pourrait l'illustrer comme une pièce maîtresse dans un jeu. Les facteurs d'interruption sont divers, ils vont des professionnels, aux familles des patients sans oublier les appels téléphoniques inopinés. Ces interruptions peuvent avoir des conséquences sur la qualité du travail de l'infirmière mais peuvent également impacter sa relation avec le patient.

C'est dans cette logique que cette recherche prend tout son sens. Selon le dictionnaire des concepts en sciences infirmières, la recherche se définit comme : « *une démarche de type scientifique qui repose sur un mode de confrontation des idées issues de l'expérience et de l'imagination avec des données concrètes et réelles, dans le but de confirmer, de nuancer ou de rejeter ses idées de départ [...] »*¹

Je vais vous exposer deux situations de stages pour lesquelles l'interruption vient entacher la relation soignant-soigné. Cela me permettra de poser mes interrogations et d'en ressortir ma question de départ.

Dans un second temps, à l'aide de sources littéraires, j'ai étudié des concepts clefs qui sont les fils conducteurs de mon travail. J'ai alors abordé les notions « d'Interruption de tâche » et de « relation soignants-soigné », puis je les ai confrontés.

Sur cette base de recherche, j'ai ensuite conduit des entretiens semi-directifs auprès de deux infirmières. L'analyse découlant de ses enquêtes sur le terrain me permettent alors de présenter une question de recherche finale.

¹ PAILLARD, C. (2018) Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers 4^e édition *Vocabulaire professionnel de la relation Soignant-Soigné*. SETES .

1 Des situations d'appel à la question de départ

1.1 Un appel téléphonique inopiné

Je suis en stage de semestre 3 dans un centre hospitalier en unité de Médecine Polyvalente. Le service se divise en 3 secteurs, chacun qui se compose de 12 patients. Une infirmière est présente dans chaque secteur et possède un téléphone pour gérer les prises de rendez-vous et les appels entrants. Je commence ma 2ème semaine de stage. Accompagnée de l'infirmière tutrice, nous venons de terminer la réunion pluridisciplinaire qui a lieu tous les matins, afin d'échanger avec les médecins sur le suivi des patients. Nous commençons les soins prévus pour la matinée. Ce jour, nous avons la réfection d'un pansement de Picc line à réaliser. Étant donné que je n'ai jamais vu ce soin, j'étais présente dans la chambre en tant qu'observatrice du soin.

Nous prenons dans la salle de soin l'ensemble du matériel nécessaire pour la réfection de ce pansement stérile. Nous nous rendons dans la chambre du patient. Il était informé de ce soin, nous l'avions prévenu à notre premier tour du matin. Je me mets dans un angle pour observer au mieux le déroulé. Afin d'être dans de bonnes conditions de travail, l'infirmière prépare tout ce qu'il lui faut pour le soin et commence. En parallèle, elle établit une relation de confiance avec le patient, en échangeant sur des sujets le concernant. Il se livre sur des sentiments qu'il ressent, pour lequel il dit ne jamais en avoir parlé auparavant.

Alors que le soin se déroule dans un climat de confiance, le téléphone de l'infirmière sonne, venant interrompre l'échange. Étonnée et surprise, elle me demande alors de prendre l'appel et de répondre. Je récupère le téléphone dans sa poche et naturellement je quitte la chambre pour plus de discrétion professionnelle et pour respecter la relation établie entre l'infirmière et le patient. L'infirmière continue le soin. À la fin de l'appel, je retourne dans la chambre et constate que ni l'infirmière et ni le patient parlent. L'infirmière me demande le motif de l'appel.

Tout ceci m'amène, en premier lieu, à me questionner sur la prise de décision de l'infirmière qui autorise et accepte cet appel au péril de son échange avec le patient. Lorsque que je prends le téléphone, il y a un moment de rupture dans l'interaction entre le patient et l'infirmière. Alors que le patient se livre sur un sujet, où il a besoin d'une écoute attentive, cet appel est un parasite qui vient stopper la communication. Je m'interroge donc sur **ce qui amène l'infirmière à entrer dans la chambre avec le téléphone ? Était-elle vraiment disponible pour le patient ? Qu'est-ce qu'être disponible dans une relation de soin ?**

En second lieu et à la suite de cet élément perturbateur, l'infirmière priorise la gestion de l'appel et montre indirectement une indisponibilité qui fait perdre cet échange et cette confiance avec le patient.

Des questions me viennent alors : **Qu'est ce qui amène l'infirmière à privilégier l'appel au détriment de sa relation avec le patient ? L'appel est-il prioritaire par rapport à ce moment d'échange avec le patient?**

1.2 Une intervention spontanée

Je suis en stage de semestre 5 dans un centre hospitalier en unité de soins intensifs de Cardiologie. Le service se divise en 3 secteurs, chacun qui se compose de 6 patients. Une infirmière est présente dans chaque secteur et une infirmière dite « de poste » est chargée de gérer les scopes pour l'ensemble des patients, d'assurer les prises de rendez-vous et de répondre aux appels entrants. Je commence ma cinquième semaine de stage. Accompagnée de l'infirmière du jour, nous venons de recevoir un patient en retour de coronarographie pour un syndrome coronarien aiguë st+.

Nous nous rendons dans sa chambre afin de lui faire un électrocardiogramme, le scoper et lui demander comment se sent il après cet examen. Nous commençons à entamer une relation d'échange à trois où nous questionnons le patient sur son examen pour savoir s'il a compris ce qu'il lui était arrivé. Il nous demande de lui réexpliquer car il se dit être un peu perdu et troublé par les événements. Il se revoit encore chez lui devant son journal, il y a encore quelques heures de ça. Ma collègue infirmière prend alors la parole pour lui expliquer que ses artères se sont obstruées. « Vous avez fait un infarctus, par chance vous avez été secouru à temps mais il y aurait pu avoir des conséquences dramatiques. Pendant votre examen les coronarographistes ont pu désobstruer vos artères du cœur en y mettant un stent. »

Soudain nous entendons que quelqu'un frappe à la porte, l'interne rentre et me transmet la réponse à la question que je lui avais demandée au préalable sur le patient de la chambre voisine. « Tu vas pouvoir mettre les diurétiques pour le patient de la chambre 4... ». Ne sachant pas quoi faire, je me suis avancée vers la porte pour sortir de la chambre, afin de préserver l'échange qu'il y avait entre le patient et l'infirmière.

Ce qui m'interpelle dans cette situation c'est l'intervention spontanée de l'interne qui souhaite me transmettre une information alors que je ne suis pas disponible. À cet instant, nous expliquons à un autre patient l'urgence et la gravité de sa prise en charge. Le patient aurait pu être en train de se confier ou pleurer dans ce moment d'intimité entre le soignant et le soigné... Ici la notion de rupture de soin est présente dans cette situation car le collègue vient interrompre l'échange. Je me demande alors : **L'information était-elle plus importante que cet échange avec le patient ? Est ce qu'il y avait d'autres possibilités pour ne pas interrompre cette relation d'échange ?**

De plus, la question du secret professionnel m'interroge fortement. Dans cette situation il n'a pas été respecté, ce n'était ni le lieu ni le moment pour communiquer cette information. Ce n'était pas une priorité au vu de la situation. De ce fait, **est-ce que j'ai bien réagi en voulant sortir de la chambre afin de préserver l'échange? Est-ce que j'ai montré un désintérêt au patient étant donné que j'ai priorisé l'interpellation de l'interne ?**

1.3 Question de départ

Après avoir écrit ces deux situations, je remarque des similitudes dans mes diverses interrogations. Elles abordent l'interruption au cours d'un soin, l'impact sur la relation de soin, l'intimité dans la relation soignant-soigné et enfin la priorité avec la notion de temporalité. De ce fait je me suis posée la question suivante :

En quoi les interruptions de tâches impactent-elles la relation soignant-soigné ?

2 Cadre théorique

Après avoir investigué pour me permettre d'avoir des éléments de réponses, je souhaite tout d'abord clarifier deux termes dont il n'est pas toujours simple de différencier. En effet, je veux définir le mot concept et le terme de notion. Le concept est *“une idée générale et abstraite, attribuée à une catégorie d'objets ayant des caractéristiques communes permettant d'organiser les connaissances, ”*² tandis qu'une notion est *“ une représentation qu'on peut se faire de quelque chose, connaissance intuitive, plus ou moins définie.”*³

À partir de ces définitions, nous comprenons bien l'intérêt d'intégrer des concepts dans la démarche de recherche. Pour ma part, je vais m'intéresser dans un premier temps à l'interruption, car c'est l'élément commun aux deux situations. De plus, alors que notre référentiel métier infirmier nous forme aux activités, je développerai et confronterai les concepts d'activité et de tâche. Dans un second temps, j'aborderai la relation soignant-soigné, en évoquant les essentiels et les freins. Je terminerai mon cadre conceptuel en expliquant l'impact de l'interruption de tâche pour le soigné mais aussi pour le soignant.

Avant toute chose, je souhaite faire un point explicatif sur ma difficulté à comprendre les réelles attentes de rédaction du cadre conceptuel et du contenu des différents concepts. De ce fait, j'ai fait des recherches afin de comprendre ce qu'est réellement l'analyse d'un concept et les éléments clefs qui doivent en ressortir. Plusieurs auteurs ont travaillé des méthodes d'analyse de concepts. Je retiens celle de Walker et Avant, car c'est celle qui m'a le plus éclairé. Elle a pour but de cerner de manière précise un concept et de le distinguer de ses voisins. Cette méthode comporte plusieurs étapes : le choix du concept, ses objectifs, ses rôles, ses caractéristiques, son illustration, ses facteurs favorisants, et enfin ses conséquences. Mon cadre conceptuel s'inscrit dans cette logique de travail pour chacun d'eux. Il est important de souligner que par moment les étapes sont abordées de manière simultanée.⁴

2.1 L'interruption de tâches

Selon la Haute Autorité de Santé : *“L'interruption de tâches est définie par l'arrêt inopiné, provisoire ou définitif d'une activité humaine. La raison est propre à l'opérateur ou, au contraire, lui est externe. L'interruption induit une rupture dans le déroulement de l'activité, une perturbation de la*

² PAILLARD, C. (2018) Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers 4^e édition *Vocabulaire professionnel de la relation Soignant-Soigné*. SETES .

³ Notion Dictionnaire LAROUSSE.(s. d.) <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/notion/55061>

⁴ DEBOUT, C. (2015) L'analyse de concept. *Soins*, n°800. P55 à 58

concentration de l'opérateur et une altération de la performance de l'acte. La réalisation éventuelle d'activités secondaires achève de contrarier la bonne marche de l'activité initiale."⁵

2.1.1 Leurs facteurs d'influences et leurs conséquences

Dans la logique de mon mémoire, je souhaite m'intéresser dans un premier temps à l'interruption. Effectivement le nom : rupture est synonyme d'interruption. Il se définit comme étant : *"le fait d'être interrompu brusquement"*⁶. Encore aujourd'hui, les interruptions de tâches sont très fréquentes dans les services de soin et représentent un réel fléau dans la pratique infirmière. Ce concept inclut alors une notion de temps : avant et après l'interruption. Pour faire référence à mes situations d'appels, les éléments de rupture sont le téléphone et dans la seconde, c'est le professionnel de santé.

Emmelyne Clauw, une praticienne hospitalière a mené une enquête sur l'interruption de tâches dans les services d'urgence. Elle démontre que les modes d'interruptions de tâche se scindent en deux catégories :

*"Les interruptions par voie orale et celles par voie téléphonique. [...] Les motifs d'interruptions sont nombreux. Les transmissions d'informations entre les différents membres du personnel restent majoritairement le principal motif. Les demandes de renseignements, de tâches à accomplir, les demandes de nouvelles, celles de la part du patient sont autant d'autres motifs qui sont responsables d'interruptions de tâches des infirmières"*⁷.

Mais qu'en est-il des conséquences ?

D'après l'étude menée par Philippe Michel en 2015 sur l'incidence de l'interruption de tâches chez les soignants et son association avec la sécurité des patients, : *"Les conséquences liées aux interruptions de tâches, étaient majoritairement négatives. Les interruptions de tâches étaient associées à des retards dans les soins, des difficultés dans la réalisation des actes médicaux, et d'insatisfaction perçue par les patients"*⁸. Je développerai cet aspect dans la troisième partie de mon mémoire, afin de comprendre le réel impact de l'interruption de tâches sur la relation entre le patient et le soignant.

⁵ Haute Autorité de Santé.(s. d.) <https://www.has-sante.fr/>

⁶ Rupture Dictionnaire LAROUSSE.(s. d.) <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rupture/70272>

⁷ CLAUW, E. (2019). Interruptions de tâches dans les services d'urgence. *Soins Cadres*. n°116. p18 à 19.

⁸ MICHEL, P. (2015). Faut-il diminuer les interruptions de tâches dans les établissements de santé? *Risques et qualité en milieu de soin*. 12 (n°4). p129-140.

2.1.2 Tâches ou activités ?

Il me semble important de s'intéresser particulièrement aux tâches dans le domaine infirmier. Elles se définissent comme :

“Une unité élémentaire de travail, de séquence d'activité formant un ensemble identifiable. Un travail précis, dévolu à une infirmière dans un temps déterminé. La tâche infirmière peut être un soin direct, un soin indirect ou un travail au bénéfice de l'organisation de service ou de l'équipe”⁹.

À contrario, comme l'indique le référentiel métier infirmier¹⁰, l'infirmière réalise des activités. En effet, voici les 9 activités qu'elle entreprend quotidiennement :

1. Observation et recueil de données cliniques
2. Soins de confort et de bien être
3. Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes
4. Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes
5. Soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique
6. Coordination et organisation des activités et des soins
7. Contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits
8. Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires
9. Veille professionnelle et recherche

Ces concepts sont intimement liés, en effet, une activité se compose d'un ensemble de tâches mis bout à bout et sont au cœur du métier infirmier. Comme j'ai pu le constater en rédigeant mes situations d'appels, l'activité présentée dans la première situation, est la réfection du pansement de Picc line. Elle se lie à l'activité n°5-Soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique. La seconde situation correspond à l'activité n°3-Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes qui aborde un entretien informel d'accompagnement et de soutien.

Les activités infirmières sont acquises au cours des trois années de formations, notamment par le biais de compétences évaluées lors des stages. En effet, lors de chaque activité de soins, nous nous exerçons et mettons en pratique ce que nous apprenons. L'ensemble de ces apprentissages permettent de devenir des infirmiers compétents, polyvalents, sachant travailler en équipe et cela, tout en développant un raisonnement et une posture professionnelle.

⁹ PAILLARD, C. (2018) Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers 4^e édition *Vocabulaire professionnel de la relation Soignant-Soigné*. SETES .

¹⁰ Réf. 531 200 (2018). Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession. Berger Levrault.

2.2 La relation soignant-soigné

2.2.1 Comme une rencontre ...

Il convient au vu de mon sujet, d'aborder le concept de "*relation*" car je pense que c'est la clef du métier d'infirmière. Alexandre Manoukian et Anne Masseboeuf la définit en expliquant : "*Qu'une relation est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires.*"¹¹

Dans cette définition nous comprenons que la relation n'est pas fixe. Etant donné que pour établir une relation, il faut minimum être deux. Elle est influencée par la personnalité, par la façon de penser et enfin par le vécu de chacune d'entre elles. Elle a pour but l'ouverture à l'autre.

Pour l'infirmière, la relation est le socle commun du métier. Effectivement elle établit une relation avec les autres professionnels de santé, les patients et les familles des patients. Ces relations sont toutes différentes mais se basent sur des caractéristiques communes comme : l'écoute active, l'observation, la communication et la confiance.

Pour donner un exemple, dans mes deux situations d'appel, l'infirmière et moi sommes dans une situation où la relation de soin est établie. En effet, la communication est au cœur de la relation. Le climat de confiance est instauré avec une écoute active et une attention particulière au patient. Cela lui permet de s'ouvrir et de se confier plus aisément aux professionnels, c'est un environnement facilitateur.

2.2.2 Comme un échange interpersonnel ...

Il existe plusieurs types de relations : La relation sociale, la relation de dépendance, la relation de maternage, la relation éducative, la relation coopérative, la relation d'autorité, la relation d'acceptation et enfin la relation soignant-soigné.

Je ne souhaite pas définir l'ensemble de ces relations mais il m'est paru intéressant de souligner la relation soignant-soigné. Elle se définit comme :

¹¹ MANOUKIAN, A et MASSEBOEUF, A. (2008). La relation soignant-soigné (3ème édition). Paris : Lamarre.

“Une activité d’échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d’une communication verbale, non verbale. [...] Cette relation nécessite trois attitudes :

-Un engagement personnel de l’infirmière [...]

-Une objectivité [...]

-Un minimum de disponibilités.

La relation soignante a pour but l’aide et le soutien de la personne soignée jusqu’à son retour vers l’autonomie. Elle permet d’identifier les demandes de la personne et d’analyser les interactions.”¹²

C’est un concept subtil à assimiler car la relation est un élément qui évolue en fonction de ce qu’on peut dire et faire. Étant en formation infirmière, l’unité d’enseignement Soins Relationnels nous apporte des connaissances utiles pour adapter notre relation dans un contexte de soin avec le patient. Nous avons étudié un certain nombre de références dans la communication. En effet la proxémie, le débit de parole, le regard, la gestion des silences, l’écoute active et la reformulation sont des clefs qui favorisent la qualité de notre approche en termes de relation avec le patient.

Comme le dit Carl Rogers :

“Plus le client (le soigné) voit dans le thérapeute un être vrai ou authentique, empathique, lui portant un respect inconditionnel, plus il s’éloignera d’un mode de fonctionnement statique, fixe, insensible et impersonnel. [...] Il résulte de ce mouvement une évolution de la personnalité et du comportement dans le sens de la santé et de la maturité psychique et de rapport plus réalistes avec le moi, les autres et le cadre extérieur.”¹³

Selon mes situations de départ, nous y retrouvons ses clefs. Effectivement dans la première situation, l’infirmière et moi avons créé un climat de confiance, de par notre disponibilité d’écoute et d’attention particulière au patient. Ce climat de confiance lui a permis de se confier sur des sentiments qu’il n’avait auparavant jamais exprimés. Dans la seconde situation, nous avons utilisé la reformulation pour savoir si le patient avait réellement compris ce qui s’était passé. Avec la rapidité des événements, il n’avait pas tout enregistré, c’est pourquoi nous avons clarifié et réexpliqué les éléments manquants. Dans les deux cas, nous avons adopté une attitude empathique.

¹² PAILLARD, C. (2018) Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers 4^e édition *Vocabulaire professionnel de la relation Soignant-Soigné*. SETES.

¹³ PAILLARD, C. (2018) Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers 4^e édition *Vocabulaire professionnel de la relation Soignant-Soigné*. SETES.

C. Rogers écrit :

"Être empathique, c'est percevoir, le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composantes émotionnelles et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du "comme si"."¹⁴

Pour aller plus loin, les attitudes d'Elias Hull Porter telles que : la compréhension, l'enquête, le soutien, le conseil, l'interprétation et le jugement¹⁵ sont des outils permettant de mesurer les effets que nous produisons sur nos interlocuteurs et nous rendent plus clairement conscients du genre de relations que nous établissons avec lui. Elles permettent l'auto-analyse de nos échanges avec le patient afin de se situer dans le type de relation que nous échangeons.

2.3 L'impact de l'interruption dans la relation soignant-soigné

2.3.1 Au près de la personne soignée

Une personne soignée est définie comme :

"Une personne en situation de besoin d'aide pour une durée plus ou moins déterminée. Elle ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie, mentale ou physique et peut ne plus être en mesure de décider par elle-même."¹⁶

Nous comprenons alors que le soigné est une personne vulnérable, qui a besoin d'aide de professionnels. Il est donc de notre devoir infirmier d'apporter de façon adaptée à nos patients un soutien. Comme le dit J. Chalifour :

*"L'instauration d'une relation soignant-soigné permettra à la personne d'avoir une meilleure connaissance de soi-même pour porter attention aux informations et prendre conscience de ses propres ressources pour interagir de façon harmonieuse."*¹⁷

L'interruption de tâche est un élément qui vient nuire au soutien que l'on veut apporter au patient. En effet, dans ma première situation d'appel, alors que l'infirmière rentre dans un processus de soin, autant physique que psychologique, l'interruption par la sonnerie du téléphone vient

¹⁴ SIMON E. Empathie. Dans M. FORMARIER et L. JOVIC, *Les Concepts en sciences infirmières* 2ème édition (p 148 à 171). Mallet.

¹⁵ MAIRESSE Y. (2019) Dictionnaire de sociologie clinique. *Ecoute clinique*. Eres.

<https://www.cairn.info/dictionnaire-de-sociologie-clinique--9782749257648-page-218.htm?contenu=article>

¹⁶ PAILLARD, C. (2018) Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers 4^e édition *Vocabulaire professionnel de la relation Soignant-Soigné*. SETES.

¹⁷ PAILLARD, C. (2018) Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers 4^e édition *Vocabulaire professionnel de la relation Soignant-Soigné*. SETES

perturber l'écoute active puis stopper l'échange. Cet exemple montre bien que dès lors où le patient est dans un climat de confiance, qu'il s'autorise à se confier au soignant, il est alors dans un processus de soin et de meilleure connaissance de soi-même. À l'inverse, une interruption dans la relation rompt ce climat de confiance, d'attention à son égard. Alors qu'il est patient sujet, il devient patient "laissé".

2.3.2 Sur la personne soignante

Après avoir mis des mots sur ce qu'est l'interruption de tâches, je souhaite approfondir l'impact que cela peut avoir sur le soignant. Le métier d'infirmier demande une attention quotidienne. L'attention est : *"la capacité de concentrer volontairement son esprit sur un objet déterminé"*¹⁸. Dans le contexte de mon mémoire, nous parlons de focaliser son esprit sur le patient. En effet l'attention est un élément variable, selon l'ambiance environnementale (bruit, fatigue, interférences, préoccupations...). De plus, elle est différente selon les individus. Un soignant peut-être en capacité de diviser son attention pour réaliser plusieurs activités. À contrario, d'autres, se connaissant, préféreront alors réduire leur champ d'activités à une tâche à la fois. Nous comprenons alors que les vécues des interruptions de tâches diffèrent selon les professionnels.¹⁹

Dans mes situations d'appels, l'interruption vient perturber l'échange avec le patient, c'est un élément parasite. Je vais prendre l'exemple de la deuxième situation. L'attention de l'IDE et la mienne sont intégralement portées vers le patient. Au moment où le professionnel de santé entre dans la chambre, notre attention est déviée sur celui-ci au détriment de la relation avec le patient. Par la suite, c'est à l'infirmière de faire la démarche de reprendre l'échange là où il a été interrompu.

Je me demande alors : Qu'en est-il de la satisfaction professionnelle de l'infirmière ?

Selon l'article de D. Castel qui cite John Locke la satisfaction au travail :

"est l'état émotionnel agréable ou positif résultant de l'évaluation faite par une personne de son travail ou de ses expériences de travail". En effet, la satisfaction au travail se compose de trois dimensions distinctes bien que très fortement liées : cognitive, affective et conative. La dimension cognitive renvoie au jugement évaluatif que porte l'individu sur son travail en fonction de l'adéquation perçue entre ce qu'il désire, veut ou cherche à atteindre dans son travail et les opportunités offertes par ce dernier (Locke, 1969, 1976). L'affect positif ou négatif provenant automatiquement de cette évaluation constitue la dimension affective de la satisfaction au travail. Enfin, de ce jugement et de cet

¹⁸ Attention Dictionnaire LAROUSSE. (s. d.) <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attention/6247>

¹⁹ BARREAU, P. (2019). Les interruptions de tâches à l'épreuve de la psychologie. *Soins Cadres*. n°116. p10 à 13.

*affect découle une intention d'agir en vue de réduire l'insatisfaction ou d'augmenter la satisfaction, qui correspond à la dimension conative.*²⁰

De ce fait, l'insatisfaction est donc un écart entre ce que l'infirmière attend de son travail et ce qu'elle apporte vraiment.

2.3.3 Le positionnement professionnel

Naturellement, j'en viens à me questionner sur le concept du positionnement professionnel et donc sur la notion de priorisation des soins par l'infirmière. Le positionnement professionnel se définit comme : *“un processus de construction qui permet de se positionner mais aussi d'être positionné dans un environnement défini”*²¹. Le professionnel est tenu de se situer par rapport à un cadre de référence à la fois : institutionnel, législatif, déontologique et enfin vis à vis de l'utilisateur.

C'est un processus de réflexion qui conduit à une prise de décision dans une situation particulière et qui répond à la question : « Que dois-je faire dans cette situation ? »²²

L'infirmière est constamment amenée à faire des choix, elle doit prioriser ses soins. De ce fait, durant notre formation nous apprenons à gérer l'ensemble de ces activités à réaliser notamment par le biais de la compétence 9 : Organiser et coordonner des interventions soignantes. L'infirmière conduit des activités de soins directs. Ce sont des soins qui sont effectués directement avec le patient mais aussi des activités de soins indirects, appelés aussi des activités afférentes aux soins, des soins réalisés à distance du patient.

Dans mes deux situations d'appels, nous retrouvons le soin direct qui est le soin relationnel et le soin indirect qui est la transmission d'information. Ces deux formes d'activités de soins indirects (l'appel téléphonique et l'interruption du collègue) en sont aussi les éléments de rupture.

²⁰ CASTEL. D. (2016). Satisfaction au travail. Dans G. Valléry, *Psychologie du travail et des organisations*. (p 379 à 382). Dunod.

²¹ CHAMLA R.(2010) A propos de la réforme du DEASS : de l'intervention sociale et de l'expertise sociale, *La revue française de service social*, 236, p70. <https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2012-1-page-19.htm>

²² PORTAL B. (2012) Des mots et des sens. *Le sociographe*, n°37, p19 à 26 <https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2012-1-page-19.htm>

2.4 Finalité du cadre théorique

J'en arrive à la fin de ma démarche explicative sur l'ensemble des concepts étudiés au cours de mon mémoire. Je reprends alors une citation de Walker et Avant dont la méthode m'a servi de guide tout au long de mes recherches : *“Les concepts sont les briques servant à construire des théories”*. Pour se faire, je souhaite dès à présent investiguer sur le terrain, auprès de deux infirmières, par la conduite de deux entretiens semi-directifs afin de connaître leurs ressentis sur cette thématique. Pour terminer, après l'analyse de ces entretiens je pourrais peut-être en ressortir une théorie de recherche finale.

3 Cadre empirique

3.1 Méthodologie d'enquête

Après avoir abordé la littérature et extrait les concepts souhaités, je vais analyser maintenant les données empiriques. On appelle monde empirique, l'ensemble des données recueillies sur le terrain. Les données ainsi retenues sont censées approximer ou non, les différents concepts retenus en amont.²³

3.1.1 Objectifs de l'enquête

L'enquête s'est conduite sous forme d'entretiens semi-directifs avec l'aide d'un guide d'entretien que j'avais préalablement travaillé. Chacune de mes questions ouvertes répondent à des objectifs généraux comme :

- Connaître au mieux le profil de la personne interrogée.
- Savoir ce que l'IDE sait des interruptions de tâches.
- Obtenir le point de vue du soignant sur la relation avec le patient.
- Recueillir les sentiments perçus par l'infirmier durant un soin relationnel interrompu.
- Questionner sur le ressenti du patient lors d'une interruption inopinée.
- Connaître l'avis de l'infirmier face à une situation d'interruption de tâche.

Ces objectifs vont me permettre de mieux structurer le tableau que je vais utiliser pour analyser ces entretiens.

3.1.2 Population cible

J'ai réalisé mon enquête auprès de deux infirmières, que j'ai rencontrées lors de mon stage aux soins intensifs de cardiologie. J'ai choisi une infirmière experte du service et une infirmière jeune diplômée, afin de repérer d'éventuelles similitudes ou divergences dues à leurs différences d'expériences dans ce service. Pour des raisons de respect d'anonymat, j'ai changé le prénom des deux infirmières enquêtées. Elles se prénomment donc Laura et Marie.

²³ ANGOT J.et MILANO P. (2005) Comment lier concepts et données. *Recherche en sciences infirmières*. n°80, p12 à 27
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-1-page-12.htm>

3.1.3 Moyens et méthodes des entretiens

Au vu de la situation sanitaire actuelle, qui est liée à la COVID 19, j'ai réalisé le premier entretien à mon domicile et le second a été réalisé au sein d'un des bâtiments du Centre hospitalier universitaire. J'ai souhaité les conduire en présentiel. Pour l'enquêté, il est plus facile de s'exprimer face à quelqu'un sous forme d'échange direct plutôt qu'à travers un ordinateur ou un appel téléphonique et pour l'enquêteur, le face à face aide pour les relances et les reformulations. Elles ont toutes les deux accepté, partageant ma façon de penser.

3.1.4 Difficultés de l'enquête et points forts

L'interruption de tâches est très souvent associée à l'erreur médicamenteuse. Le défi de mon sujet a été d'écarter mes enquêtées de ce risque, chose qui n'a pas été facile. En effet, j'ai dû à l'aide de questions très spécifiques, encadrer le champ exploratoire de mon guide d'entretien.

Après avoir rédigé mon guide d'entretien, je l'ai testé auprès d'une collègue de ma promotion afin de m'assurer que mes questions étaient adaptées, claires et faciles de compréhension. Néanmoins, dans la pratique je me suis rendue compte qu'animer des entretiens n'était pas un exercice facile. En effet, c'est une pratique que je n'ai pas eu beaucoup l'occasion de conduire. Je pense que mon manque d'expérience face à cet exercice a été un frein à la communication notamment lors du premier entretien. Je savais que je ne devais pas induire les réponses de mon interlocutrice donc je n'osais pas rebondir sur des termes qu'elle pouvait employer pour développer ses idées. Le premier entretien a beaucoup été des questions et des réponses. À l'inverse, dans le second entretien, je me suis sentie plus à mon aise et ai réussi à trouver ma place, ça ressemblait plus à un échange, tout en gardant comme fil conducteur mon guide d'entretien. Cela a permis à l'infirmière de développer certaines réponses aux questions, ce qui rend l'entretien d'autant plus riche.

De plus, j'ai eu la chance de trouver des infirmières volontaires que je connaissais d'un précédent stage pour réaliser mes entretiens. Un climat de confiance avait déjà été instauré, ce qui je pense a facilité le travail de l'entretien. Notamment par le tutoiement, qui permet de rendre l'exercice plus informel et détendu.

3.2 Analyse des entretiens exploratoires

Afin de présenter les données d'analyses de mes entretiens, j'ai fait le choix de les classer par thématiques selon les verbatim. Pour ce faire, dans un premier temps, j'ai repris de manière synthétique les éléments de réponses des professionnels. J'ai ensuite confronté les idées de mon cadre conceptuel avec les idées qui ressortent des entretiens, ceci dans le but de réaliser une analyse transversale des données théoriques avec les éléments de retour d'expériences et d'apporter des réponses au questionnement de départ.

3.2.1 L'interruption de tâches

L'objectif de cette thématique était de connaître ce que les professionnels mettent derrière la notion d'interruption de tâches. Marie exprime de façon claire que *“c'est un élément extérieur qui vient me déconcentrer”*. Pour chacune, ce sont des événements qui arrivent assez régulièrement. Les interruptions de tâches sont principalement liées à des demandes orales des collègues ou à des demandes d'informations par téléphone notamment *“des familles pour avoir des nouvelles lorsqu'on prépare une seringue ou un soin”* précise Laura. Marie indique que souvent les motifs sont *“reliés à un patient qui ne va pas bien, un besoin impératif d'avoir une réponse à une question ou encore pour du matériel.”* Elle précise que *“les interruptions de tâches ne sont pas toujours justifiées.”* Toutes deux ont énuméré les éventuelles conséquences de l'interruption de tâches sur la pratique infirmière. Marie dit que c'est *“un élément de déconcentration”* important. Elle dit *“qu'une fois l'interruption faite, je suis à peu près sûr que le soignant va reposer une question qui a déjà été posée”*. Pour Laura la conséquence préjudiciable serait *“l'erreur”*, que ce soit une erreur médicamenteuse lors de la préparation d'une injection intraveineuse ou une erreur d'identitovigilance.

Il convient désormais de confronter les ressources théoriques de mon cadre conceptuel avec les idées empiriques des professionnels de santé sur l'interruption de tâches. Selon Emmelyne Clauw, les modes d'interruptions de tâches se scindent en deux catégories : *“Les interruptions par voie orale et celles par voie téléphonique. [...] Les motifs d'interruptions sont nombreux. Les transmissions d'informations entre les différents membres du personnel restent majoritairement le principal motif. Les demandes de renseignements, de tâches à accomplir, les demandes de nouvelles, celles de la part du patient sont autant d'autres motifs qui sont responsables d'interruptions de tâches des infirmières”*²⁴. Le discours des deux infirmières est semblable aux résultats d'études qu'a mené cette praticienne hospitalière, Madame Clauw.

²⁴ CLAUW, E. (2019). Interruptions de tâches dans les services d'urgence. *Soins Cadres*. n°116. p18 à 19.

Alors que l'interruption de tâches se définit comme "[...]une rupture dans le déroulement de l'activité, une perturbation de la concentration de l'opérateur et une altération de la performance de l'acte[...]”²⁵, les infirmières parlent de “la déconcentration” et de “l'erreur”. Cela nous permet de confirmer l'étude menée en 2015 par un praticien hospitalier en épidémiologie, Philippe Michel, “qu'une interruption de tâches a un aspect majoritairement négatif”²⁶ et ce en induisant une prise de risque de l'infirmière et engageant sa responsabilité.

3.2.2 La relation soignant-soigné

Maintenant que nous avons abordé la thématique de l'interruption de tâches, nous allons nous focaliser sur la relation soignant et soigné. En effet, pour les deux infirmières, la relation soignant-soigné consiste à établir une relation de confiance. Pour se faire, il est important d'y trouver une bonne communication, une écoute active, une disponibilité et ce dans un environnement calme et serein. Marie précise que c'est “Réussir à faire une bulle pour le patient en étant disponible, même si ce n'est pas toujours évident.” Autrement dit, le mode de communication peut être un frein à la relation soignant-soigné par exemple avec “un patient étranger, un patient intubé” ou encore si le patient est “fermé ou anxieux”, exprime Laura. De plus, Marie souligne que ce sont majoritairement “les interruptions qui nuisent à la relation dans le soin”.

Lors des recherches théoriques, nous avons compris que les caractéristiques pour établir une relation étaient l'écoute active ; une technique de communication développée à partir des travaux du psychologue Carl Rogers, la confiance, l'observation et la communication. De plus, d'après la définition de la relation soignant soigné “[...] il faut montrer un minimum de disponibilités au soigné afin de lui apporter aide et soutien avant son retour vers l'autonomie [...]”²⁷. L'ensemble de ses attitudes apparaissent comme une évidence pour Laura et Marie, cela nous permet alors de confirmer les idées amenées dans le cadre conceptuel.

²⁵ Haute Autorité de Santé.(s. d.) <https://www.has-sante.fr/>

²⁶ MICHEL, P. (2015). Faut-il diminuer les interruptions de tâches dans les établissements de santé? *Risques et qualité en milieu de soin*. 12 (n°4). p129-140.

²⁷ PAILLARD, C. (2018) Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers 4^e édition *Vocabulaire professionnel de la relation Soignant-Soigné*. SETES.

3.2.3 Impact de l'interruption de tâches sur la personne soignée

Après avoir analysé l'interruption de tâches et la relation soignant-soigné, nous allons nous intéresser à l'impact et aux conséquences sur la relation entre le soignant et le patient. Tout d'abord, pour qu'il y ait relation, il y a forcément deux personnes et dès lors où une personne est interrompue, l'autre l'est aussi. En effet, d'après Laura, le patient peut ressentir un malaise et de la gêne lorsqu'il nous dit : *"Je sais que vous avez du boulot, je suis gêné", "Je ne suis pas une urgence"*. Le patient peut avoir *"le sentiment de passer après les autres"* et de penser qu'on se *"désintéresse"* de lui, or en tant que soignant on sait que c'est simplement lié à une gestion de priorité.

Selon Laura, l'interruption de tâches entraîne une coupure dans la relation avec un moment de *"rupture"*. *"Le soigné risque de moins s'ouvrir, avec des échanges plus pauvres"*. Cela indique alors qu'il y a eu *"une perte de confiance"* de la part du patient. Marie souligne que lorsque *"le patient fait l'effort de s'ouvrir, de verbaliser son ressenti en se confiant au soignant et qu'on vient l'interrompre lors d'un échange, il est très difficile de retrouver cette dynamique d'échange par la suite."*

Les propos des infirmières permettent de conforter les éléments du cadre conceptuel. La personne soignée est une personne vulnérable, qui a besoin d'aide de professionnels. Il est de notre devoir infirmier de lui apporter alors un soutien adapté. D'après J. Chalifour : *"L'instauration d'une relation soignant-soigné permettra à la personne d'avoir une meilleure connaissance de soi-même pour porter attention aux informations et prendre conscience de ses propres ressources pour interagir de façon harmonieuse."*²⁸ En effet, les infirmières ont toutes deux compris que dès lors où le patient est dans un climat de confiance, qu'il s'autorise à se confier au soignant, il est alors dans un processus de soin et de meilleure connaissance de soi-même. À contrario, une interruption rompt ce climat de confiance, d'attention à son égard qui nuit par conséquent au soutien psychologique et physique du soigné. Alors qu'il est patient sujet, il devient patient "laissé".

3.2.4 Impact de l'interruption de tâches sur la pratique soignante

Nous allons dans cette partie d'analyse nous intéresser à l'impact des interruptions de tâches sur la pratique infirmière et son ressenti. Au regard de mes questions, Laura évoque le *"sentiments de gêne et d'être embêtée pour le patient lorsqu'on vient l'interrompre lors d'un soin ou d'une discussion"*, elle indique que ce sentiment ne va *"pas jusqu'à l'agacement parce qu'on ne peut jamais savoir ce qui est en train de se passer"*, mais ça s'en rapproche. Marie, exprime *"un mécontentement"* et *"un agacement pour la personne qui vient l'interrompre"*. En effet, après une interruption *"il faut instaurer*

²⁸ PAILLARD, C. (2018) Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers 4^e édition *Vocabulaire professionnel de la relation Soignant-Soigné*. SETES

à nouveau un climat de confiance, c'est d'autant plus d'énergie dépensée pour le soignant qui a été déconcentré". De plus, elle verbalise le fait que l'interruption de tâches entraîne "un non aboutissement à l'échange préalablement construit avec le patient". Elle dit que c'est "décevant pour notre pratique professionnelle" car elle sait au combien il est difficile de revenir à un échange aussi riche avec le patient, une fois l'interruption faite. Elle a utilisé une métaphore qui résume très simplement l'impact de l'interruption de tâche lors d'un échange avec un patient :

"C'est un peu comme si quelqu'un défaisait le château de sable qu'on avait commencé à construire."

Dans mon cadre conceptuel, nous retrouvons la notion d'attention qui est définie par la "capacité de concentrer volontairement son esprit sur un objet déterminé" ²⁹. L'attention est une notion variable d'un individu à l'autre. En effet, elle dépend des capacités de division du soignant pour réaliser plusieurs activités à la fois. Certains vont pouvoir gérer ses interruptions, pendant que d'autres vont être en difficultés dès lors où plusieurs activités vont être demandées. C'est pourquoi, le ressenti des soignants est différent face à l'interruption de tâche, elle n'impacte pas de la même manière Laura et Marie.

En reprenant les travaux de John Locke, la satisfaction au travail : "est l'état émotionnel agréable ou positif résultant de l'évaluation faite par une personne de son travail ou de ses expériences de travail". En effet, la satisfaction au travail se compose de trois dimensions distinctes bien que très fortement liées : cognitive, affective et conative[...]" ³⁰.

Marie verbalise très distinctement les éléments qui reprennent sa définition. La première dimension est la cognitive, c'est l'évaluation qu'elle fait de son travail (agacement, mécontentement) alors qu'elle voudrait que ça se passe autrement. La seconde dimension est l'affective, c'est un sentiment négatif que génère l'évaluation de son propre travail. Enfin la troisième dimension est la conative, c'est l'intention d'agir afin de réduire cette insatisfaction. Cette intention d'agir correspond au positionnement professionnel. C'est ce que nous allons étudier dans la dernière partie de cette analyse.

3.2.5 Réaction et positionnement professionnel

Afin de clôturer l'analyse des entretiens, il est nécessaire de comprendre le point de vue des infirmières vis-à-vis de leur réaction puis de leur positionnement professionnel face à une interruption

²⁹ Dictionnaire LAROUSSE. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attention/6247>

³⁰ CASTEL. D. (2016). Satisfaction au travail. Dans G. Valléry, *Psychologie du travail et des organisations*. (p 379 à 382).Dunod.

<https://www.cairn.info/psychologie-du-travail-et-des-organisations--9782100738113-page-379.htm?contenu=article>

de tâches. Dans un premier temps, elles m'ont toutes les deux indiqué que leur première réaction était de s'excuser auprès du patient. Laura précise que *“chaque patient à la même importance donc nous devons nous excuser avant de quitter la chambre”*. Elle indique également que réassurer la personne est quelque chose d'important, simplement en disant : *“Vous inquiétez pas, nous ne vous oublions pas”*. Cela va permettre à la personne de savoir que nous portons de l'intérêt à son égard et alors de limiter cette perte de confiance.

De plus, Marie et Laura m'ont chacune expliqué que selon la raison de l'interruption, leur positionnement pouvait varier. En effet, le degré d'urgence est à prendre en compte. Nous parlons alors de *“priorisation de soin”* : en cas d'urgence elles vont alors décrocher et donc interrompre l'échange or si ce n'est pas urgent, elles vont alors *“temporiser pour éviter de couper l'échange”*. Marie précise qu'il faut savoir *“reporter tout ce qui peut l'être, par exemple des familles qui veulent avoir des nouvelles, je leur indique que je suis disponible uniquement dans quelques minutes pour terminer tranquillement avec le patient.”* Elle souligne malgré tout qu'il faut savoir rester *“diplomate”* dans ce genre de situation car parfois une collègue peut rentrer dans la chambre du patient pour donner un élément utile à sa prise en soin.

Comme nous l'avions expliqué dans le cadre conceptuel le positionnement professionnel, d'après Chamla R. se définit comme *“un processus de construction qui permet de se positionner mais aussi d'être positionné dans un environnement défini”*³¹. Portal B, explique dans son article que c'est un processus de réflexion qui conduit à une prise de décision dans une situation particulière et qui répond à la question : *“Que dois-je faire dans cette situation ?”*³² C'est la raison pour laquelle une priorisation des activités à réaliser est inscrite par le soignant. L'infirmière doit être à même de hiérarchiser ses soins. Enfin, à travers les entretiens de Laura et Marie, la dissociation urgence et non urgence est une caractéristique qui amène à ce qu'elles priorisent ou non l'interruption. C'est ainsi qu'elles se positionnent professionnellement.

³¹ CHAMLA R.(2010) A propos de la réforme du DEASS : de l'intervention sociale et de l'expertise sociale, *La revue française de service social*, 236, p70. <https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2012-1-page-19.htm>

³² PORTAL B. (2012) Des mots et des sens. *Le sociographe*, n°37, p19 à 26 <https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2012-1-page-19.htm>

4 La discussion

À partir de deux situations professionnelles rencontrées en stage, l'objet de cette initiation à la démarche de recherche porte sur les interruptions de tâches et leurs impacts dans la relation soignant-soigné. L'enquête exploratoire, tant sur le plan théorique que sur le plan empirique, nous a permis de mettre en évidence que les interruptions de tâches sont fréquentes et impactent majoritairement de façon négative la relation de confiance qui s'était alors instaurée entre les deux personnes, le soignant et le soigné. Évaluer le motif de l'interruption permettrait à l'infirmière d'apprécier la balance bénéfice-risque pour le patient. Ainsi, l'expérience acquise par l'infirmière serait à mon sens un atout qui faciliterait son positionnement professionnel. C'est dans cette dynamique que je vais apporter mon point de vue sur ces éléments, je terminerais en proposant un réajustement de ma question de départ et en formulant donc une nouvelle question de recherche.

L'ensemble de ces recherches m'a permis de comprendre que les interruptions de tâches sont récurrentes et inévitables, à partir du moment où nous travaillons en équipe et en collaboration pour le bien-être des personnes soignées. Effectivement la communication et la transmission d'informations est la base du soin. L'infirmier est un acteur central dans l'organisation d'un service. De ce fait, il reçoit beaucoup d'informations qu'il doit transmettre aux autres professionnels. Il est sollicité par les familles directement ou par téléphone, pour recevoir des nouvelles de l'état de santé de leurs proches. Il est également sollicité par les patients eux-mêmes dans une quête de satisfaction de leurs besoins. Ces relations interprofessionnelles et interpersonnelles sont des facteurs d'interruptions dans les soins. En pratique, ces sollicitations permanentes représentent une perte d'énergie considérable pour le soignant car elles sont sources de déconcentration et perturbent l'activité en cours. Je pense que sur le long terme, ces constantes interruptions viennent jusqu'à jouer sur l'aspect psychologique et physique de l'infirmier. Effectivement, l'accumulation des interruptions de tâches représente une charge mentale importante et une fatigabilité pour une même personne. J'en viens alors à me questionner sur l'impact de l'interruption de tâche sur l'espérance de vie professionnelle des infirmiers à ce jour.

Pour pallier ces interruptions répétées, il est au combien utile de savoir s'y opposer lorsque cela est possible. Le positionnement professionnel est un élément qui s'acquiert avec le temps. Choisir de se positionner permet de se demander : quel professionnel je veux être ? pour qui ? pour quoi faire ? Autant de questions qui renvoient à l'identité professionnelle. Cette identité se construit au fil des années d'expérience, par la rencontre avec les personnes, qu'elles soient soignées ou soignantes. Elle se construit également sur les fondations individuelles qui sont la personnalité, les valeurs

personnelles et les convictions. Par conséquent, chaque professionnel ne réagit pas de la même manière face à l'interruption de tâches. De ce fait, il serait, à mon sens pertinent d'approfondir l'enquête et de prendre en compte le ressenti des jeunes diplômés et comment vivent-ils l'interruption de tâche. Étant donné qu'ils seraient en quête de leur identité professionnelle.

Accepter ou non d'être interrompu amène aussi à évaluer l'état d'urgence de la demande. En effet c'est un concept dont je n'ai jusqu'ici pas évoqué car je ne pensais pas qu'il pouvait être lié à l'interruption de tâche. J'ai alors compris que dans un contexte d'urgence, l'interruption est nécessaire et légitime, l'infirmier doit prioriser ses activités en dépit de ce qu'il était en train de faire. A contrario, prenons l'exemple d'un infirmier qui est interrompu dans un échange avec un patient parce qu'une famille souhaite avoir des nouvelles de leur proche hospitalisé. L'interruption est considérée comme non urgente et pouvant être temporisée. Malgré ça, dans les relations humaines, il est nécessaire de faire preuve de savoir-être et de diplomatie pour permettre à l'autre de comprendre sereinement le refus d'être dérangé. Ici tout est question d'équilibre. Le vécu de l'interruption peut être différent selon le mode de communication adopté. Si la personne qui interrompt, choisit un mode de communication délicat et poli, l'interruption sera alors mieux vécue et la réponse apportée sera davantage bienveillante. A l'inverse, si la personne rentre dans une chambre sans frapper, bruyamment sans considération des personnes, uniquement pour transmettre une information non urgente, cette interruption serait vécue comme un manquement au respect. C'est dans ce types de situations, je pense que le sentiment d'insatisfaction peut alors faire surface pour le soignant.

Différer l'interruption permet à l'infirmier de rester concentrer sur ce qu'il est en train de réaliser : l'activité. La concentration au cours de la préparation d'un médicament permet d'éviter les erreurs de dosages. L'attention portée au cours d'un soin relationnel évite la perte de confiance instaurée entre le soignant et la personne soignée. En effet, à l'aide de l'ensemble de mes recherches j'ai compris que la relation de confiance est une sorte d'osmose qui se crée avec le patient de part une communication adaptée, dans un environnement calme et serein, avec un soignant disponible. De plus, elle demande certaines compétences relationnelles telles que l'empathie, le respect et l'écoute active. La complexité de cette relation, c'est qu'elle peut mettre plusieurs jours à se fonder mais très peu de temps à se détruire. C'est pourquoi en tant que future professionnelle infirmière, il faut dès que possible protéger cette relation en privilégiant le patient avant le reste.

Aujourd'hui c'est ma représentation du soin et c'est ainsi je veux l'apporter aux patients.

Au terme de cette discussion, je m'aperçois que plusieurs points m'interpellent sur ce mémoire, davantage de questions me viennent. Tout d'abord, je m'interroge sur le ressenti et le vécu des jeunes diplômés face à une interruption de tâche. Étant donné qu'ils seraient dans une quête de leur identité

professionnelle. Est-ce que l'impact de l'interruption de tâche pourrait alors avoir une incidence sur l'espérance de vie professionnelle des infirmiers à ce jour ? De plus, l'insatisfaction professionnelle qui découle de nombreuses interruptions de tâche non urgente me semble un champ exploratoire pertinent. Je pense que ces deux problématiques d'ouverture peuvent être très intéressantes et riches de nouvelles découvertes, seulement elles concernent l'impact psychologique des professionnels infirmiers et l'organisation du travail. Ce sont des problématiques qui relèvent du champ activités du cadre de santé qui veille au bien-être des professionnels paramédicaux et au bon fonctionnement de l'équipe.

L'impact de l'interruption de tâche sur la relation soignant-soigné était la question de départ de ce travail. Les entretiens exploratoires ont mis en évidence l'importance de l'évaluation du degré d'urgence pour prioriser les soins ainsi que la relation de confiance instaurée au cours d'une relation soignant soigné. C'est pourquoi, je vous présente désormais une ouverture et je formule la question de recherche suivante :

Face aux interruptions de tâches répétées, en quoi le positionnement professionnel infirmier permet-il de préserver la relation de confiance instaurée au cours d'un soin relationnel ?

CONCLUSION GENERALE

Me voici à l'aboutissement d'un travail d'initiation à la recherche, cette période signe aussi la conclusion de trois belles années à l'institut de formation en soins infirmiers. Elles m'ont permis de grandir, d'évoluer mais surtout d'avoir un regard nouveau sur la conception du métier d'infirmière et de la vie que nous menons. Au terme de ce travail, je réalise qu'il a été pour moi un plaisir de lier lectures, recherches et écriture, chose dont je ne pensais pas avoir les capacités. Ce processus d'écriture aura été ponctué de doute et de remise en question, mais à ce jour, je suis fière d'avoir produit un travail de recherche abouti, où mes idées constituent la structure de ce mémoire.

Le point de démarrage fût deux situations concrètes de stages portant sur les interruptions de tâches au cours de la relation avec le patient. J'ai, en effet choisi de comprendre et d'investiguer sur cette thématique car c'est un phénomène transposable dans n'importe quel service et ce pour tous les professionnels de santé. Par la suite, j'ai pu mettre des mots, à l'aide d'ouvrages littéraires sur des concepts précis dont je n'aurais pas eu idée, tels que les interruptions de tâches, la relation soignants-soigné, l'impact de l'un sur l'autre et enfin le positionnement professionnel. Grâce aux entretiens avec les professionnels, j'ai pu tirer des éléments clefs qui m'ont permis de confirmer des aspects de mon cadre théorique mais aussi de soulever de nouveaux points importants.

Les différents points importants qui sont ressortis de ce mémoire d'initiation à la recherche m'ont amené à reformuler ma problématique de départ en une réelle question de recherche. Si je suis arrivée à cette finalité c'est que j'ai fait certains rapprochements entre les notions théoriques et les apports des professionnels tels que : le positionnement professionnel, l'évaluation du degré d'urgence et la relation de confiance. J'en arrive donc à ma question de recherche qui vise à démontrer le lien entre le positionnement professionnel et la relation de confiance dans un contexte où les interruptions de tâche sont réelles.

Finalement, ce mémoire m'a permis de poser un regard éclairé sur ce qu'est réellement le positionnement professionnel, par conséquent la prise de décision à un moment donné, en acceptant de se dire : "*choisir c'est renoncer*"³³. Pour ma pratique future, je pense qu'avoir travaillé sur ces concepts m'a permis de renforcer mon identité professionnelle plus rapidement, étant donné qu'avec ces recherches j'ai à mon sens débuté un travail d'introspection

³³ GIDE, A. (s.d) Citation. <https://citations.ouest-france.fr/citation-andre-gide/choisir-etait-renoncer-toujours-jamais-120438.html>

BIBLIOGRAPHIE

- **Articles de périodiques :**

PAPIER :

BARREAU, P. (2019). Les interruptions de tâches à l'épreuve de la psychologie. *Soins Cadres*. n°116. p10 à 13.

CLAUW, E. (2019). Interruptions de tâches dans les services d'urgence. *Soins Cadres*. n°116. p18 à 19.

DEBOUT, C. (2015) L'analyse de concept. *Soins*, n°800. P55 à 58

MICHEL, P. (2015). Faut-il diminuer les interruptions de tâches dans les établissements de santé? *Risques et qualité en milieu de soin*. 12 (n°4). p129-140.

ELECTRONIQUE :

CHAMLA R.(2010) A propos de la réforme du DEASS : de l'intervention sociale et de l'expertise sociale, *La revue française de service social*, 236, p70. <https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2012-1-page-19.htm>

PORTAL B. (2012) Des mots et des sens. *Le sociographe*, n°37, p19 à 26
<https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2012-1-page-19.htm>

- **Livre :**

MANOUKIAN, A et MASSEBOEUF, A. (2008). La relation soignant-soigné (3ème édition). Paris : Lamarre.

PAILLARD, C. (2018) Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers 4^e édition *Vocabulaire professionnel de la relation Soignant-Soigné*. SETES

Réf. 531 200 (2018). Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession. Berger Levrault.

- **Chapitre de livres :**

PAPIER :

SIMON E. Empathie. Dans M. FORMARIER et L. JOVIC, *Les Concepts en sciences infirmières* 2ème édition (p 148 à 171). Mallet.

ELECTRONIQUE :

ANGOT J. et MILANO P. (2005) Comment lier concepts et données. *Recherche en sciences infirmières*. n°80, p12 à 27 <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-1-page-12.htm>

CASTEL. D. (2016). Satisfaction au travail. Dans G. Valléry, *Psychologie du travail et des organisations*. (p 379 à 382).Dunod.
<https://www.cairn.info/psychologie-du-travail-et-des-organisations--9782100738113-page-379.htm?contenu=article>

MAIRESSE Y. (2019) Dictionnaire de sociologie clinique. *Écoute clinique*. (p218 à 221) Eres.
<https://www.cairn.info/dictionnaire-de-sociologie-clinique--9782749257648-page-218.htm?contenu=article>

Page web individuelle :

Attention dans Dictionnaire LAROUSSE(s. d.)
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attention/6247>

GIDE, A. (s.d) *Citation*. <https://citations.ouest-france.fr/citation-andre-gide/choisir-etait-renoncer-toujours-jamais-120438.html>

Haute Autorité de Santé.(s. d.) <https://www.has-sante.fr/>

Notion dans Dictionnaire LAROUSSE.(s. d.)
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/notion/55061>

Rupture dans Dictionnaire LAROUSSE.(s. d.)
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rupture/70272>

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour, je suis Marie étudiante infirmière en 3ème année à l'IFSI du CHU de Rennes. Dans le cadre de la fin de mes études j'effectue un mémoire d'initiation à la recherche. De ce fait, il est nécessaire d'avoir des entretiens avec les professionnels du terrain pour être au plus près de la réalité. Bien évidemment l'interview sera confidentielle et anonyme. L'entretien durera environ 30 à 40 minutes. Est-ce que cela ne vous dérange pas que j'effectue un enregistrement audio pour étudier tout ce que vous aurez dit et pouvoir le retranscrire après ?

Mon sujet de mémoire porte l'interruption de tâche dans la relation soignant-soigné

Pouvez-vous tout d'abord vous présenter ?

-Depuis quand êtes-vous diplômé ?

-Quel a été votre parcours professionnel ?

Objectif : Connaître au mieux le profil de la personne interrogée.

1. Si je vous dis "interruption de tâche", qu'est ce que cela évoque pour vous ?

-Selon vous, quels sont les types d'interruptions les plus fréquents ?

-Quels sont les motifs de l'interruption de tâche dans un service ?

-Quelles conséquences peuvent avoir les interruptions sur votre pratique infirmière ?

Objectif : Savoir ce que l'IDE sait des interruptions de tâches.

2. Pourriez-vous me définir la relation soignant soigné ?

-Quels peuvent être les facteurs favorisant cette relation ?

-Quels seraient pour vous les freins dans cette relation ?

Objectif : Obtenir le point de vue du soignant sur la relation avec le patient.

3. Lorsque vous êtes dans un échange avec un patient, comment vivez-vous une interruption ?

-Quels sentiments pouvez-vous ressentir si on vous interrompt lors d'un échange avec un patient ?

Pourriez-vous m'en dire plus...

Objectif : Recueillir les sentiments perçus par l'infirmier durant un soin relationnel interrompu.

4. Pour le patient : Quels seraient d'après vous les impacts de l'interruption sur cette relation ?

-Quels sentiments peuvent-ils ressentir à ce moment-là ?

-Quelles conséquences sur l'échange, l'interruption peut-elle avoir ?

Objectif : Questionnement sur le ressenti du patient lors d'une interruption inopinée.

5. Comment réagissez-vous face à une interruption de tâche, lorsque vous êtes en situation d'échange avec le patient ?

-Quel positionnement adoptez-vous ? Pourquoi ?

-Selon vous quelles peuvent être les stratégies pour éviter les interruptions lors d'un soin relationnel avec un patient?

-Est-ce que celles-ci fonctionnent? (si oui pourquoi, si non pourquoi)

Objectif : Connaître l'avis de l'infirmier face à une situation d'interruption de tâche.

***Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose sur ce sujet ? Avez-vous une expérience à me partager ?
Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mes questions, cela va beaucoup m'aider pour mes recherches et mon analyse. Est-ce que je peux vous proposer de vous envoyer une copie de mon mémoire quand il sera terminé ?***

ANNEXE II : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN LAURA

Bonjour, je suis Marie étudiante infirmière en 3ème année à l'IFSI du CHU de Rennes. Dans le cadre de la fin de mes études j'effectue un mémoire d'initiation à la recherche. De ce fait, il est nécessaire d'avoir des entretiens avec les professionnels du terrain pour être au plus près de la réalité. Bien évidemment l'interview sera confidentielle et anonyme. L'entretien durera environ 30 à 40 minutes. Est-ce que cela ne vous dérange pas que j'effectue un enregistrement audio pour étudier tout ce que vous aurez dit et pouvoir le retranscrire après ?

Mon sujet de mémoire porte sur l'interruption de tâche.

Marie: Pouvez-vous tout d'abord vous présenter ?

Laura : "Je m'appelle Laura, j'ai 21 ans, je travaille en tant qu'infirmière en réa CTCV."

Marie : Depuis quand êtes-vous diplômé ?

Laura : "Je suis diplômée depuis juillet dernier"

Marie : Si je vous dis "interruption de tâche", qu'est-ce que cela évoque pour vous ?

Laura : "Interruption de tâches : donc quelque chose qui arrive assez régulièrement dans notre métier. La première chose à laquelle je vais penser c'est le téléphone. Le téléphone c'est quelque chose qu'on doit prendre en charge quand on est infirmière, quand on a un secteur. Surtout en temps de COVID, je trouve qu'on a le téléphone encore plus régulièrement, avec les familles qui appellent assez souvent... qui nous appellent lorsque nous sommes en train de faire une préparation de seringue ou un soin..., voilà ça arrive assez régulièrement. La deuxième chose serait les collègues, avec une urgence comme un arrêt cardiaque ou un saignement important des choses comme ça par exemple. Ils nous appellent à l'oral et alors nous devons stopper ce que nous faisons car c'est une urgence.

Marie : Quelles conséquences peuvent avoir les interruptions sur votre pratique infirmière ?

Laura : "L'erreur, ça c'est sûr. On prépare beaucoup de seringue en réa donc oui l'erreur médicamenteuse, c'est-à-dire on va préparer une seringue de noradré ou dobutamine et on va se tromper dans le dosage, en se disant j'ai mis combien de ma seringue de dobutamine... On va plus se souvenir finalement... donc soit on prépare à nouveau la seringue en se disant c'est du gaspillage ou soit on va se dire je reprends la seringue et finalement on va se tromper dans le dosage. La conséquence peut être assez grave quand même, dans les préparations. Sinon, on peut se tromper de patient, sur un bilan sanguin simple par exemple, en se trompant dans les étiquettes ou se questionner : "j'étais dans quelle chambre déjà ?" et se tromper dans l'identité du patient.

Marie : Pourriez-vous me définir la relation soignant soigné ?

Laura : "Pour moi c'est quelque chose de super important, c'est-à-dire il y a un contact du coup avec le patient, faut qu'il se sent en confiance avec nous et faut établir une relation un peu de confiance finalement entre un infirmier qui est le soignant et le soigné, le patient. Il faut qu'il se sente à l'aise, qu'il y ait une communication verbale entre les deux. C'est vraiment la confiance qui est importante."

Marie : Quels seraient pour vous les freins dans cette relation ?

Laura : "Nous avons souvent des patients étrangers qui ne parlent pas français, donc pour la communication ça peut être un peu plus compliqué. Des patients intubés, malgré que la relation est présente, la communication est réduite. Un patient très fermé tout simplement ou qui est très anxieux, qui ne veut pas forcément communiquer plus que ça. C'est vrai que la notion de relation et communication est très proche et ce n'est pas facile de faire la distinction des deux..."

Marie : Lorsque vous êtes dans un échange avec un patient, comment vivez-vous une interruption ?

Laura : "C'est presque gênant, par rapport au patient, on se sent gêné car du coup pendant un soin ou une discussion le fait d'être appelé, on doit dire : "bah mince désolé monsieur, je dois partir, j'ai quelque chose...". Moi ça dépend ce que c'est l'interruption, si c'est un coup de téléphone de la famille, elle peut attendre 2 minutes donc je vais essayer de pas couper trop l'échange. L'interruption ne va pas se faire. Par contre si c'est une urgence, la par contre, malheureusement on est obligé de dire au patient : "Je suis désolé faut que j'y aille" et c'est très gênant je trouve à chaque fois et ça peut presque couper la relation finalement. Le patient peut se dire : "Je passe après..." c'est pourquoi c'est super important de bien dire au patient de s'excuser et de bien expliquer un peu la situation, sans dire les détails car ça ne le regarde pas non plus. Globalement ça peut être embêtant, ça peut couper cette relation et perdre confiance au niveau du patient."

Marie : Quels sentiments pouvez-vous ressentir si on vous interrompt lors d'un échange avec un patient ?

Laura : "Vraiment gênée et embêtée, après ça dépend de l'interruption mais oui je dirais surtout très embêtée...pas jusqu'à être agacée parce que voilà car dans un sens l'interruption, on ne peut pas deviner ce qui est en train de se faire, mais ça arrive assez régulièrement. Mais plus très gênée je dirais."

Marie : Pour le patient : Quels seraient d'après vous les impacts de l'interruption sur cette relation ?

Laura : "Je pense que ça peut créer une anxiété chez lui, en se disant : "On s'occupe moins de moi...". Qu'il se pose des questions. Se dire c'est comme une relation, comme tu disais elle peut être un peu rompu. Il peut se sentir très mal à l'aise et se sentir oublié. Pour moi, je pense que c'est vraiment ça. Ou alors gêné aussi, en nous disant : "Je sais que vous avez du boulot, on est gêné". Il va peut-être moins poser de questions, se dire : "moi je ne suis pas une urgence", "Je vais peut-être pas trop les embêter, car elles sont souvent appelées...". Oui se sentir oublié et même lui se dire : "Je vais essayer de pas trop les embêter"

Marie : Quelles conséquences sur l'échange, l'interruption peut-elle avoir ?

Laura : "Un échange rompu, une perte de confiance. Il va moins s'ouvrir avec nous après, il y aura moins d'échange par la suite.

Marie : Comment réagissez-vous face à une interruption de tâche lorsque vous êtes en situation d'échange avec le patient ?

Laura : "Ça dépend de l'interruption, mais moi je dis : "désolé Monsieur, on m'appelle quelque part mais je reviens tout de suite. Vous inquiétez pas, on ne vous oublie pas". Je sais qu'il y a quelque chose, donc on m'appelle puis on revient en disant : "Excusez-moi monsieur, dites-moi où on en était ? Qu'est-ce qui vous manque ? Mais voilà, moi je m'excuse tout de suite car le patient n'a pas à subir ce que les autres ont. Mais avec un patient, si c'est une urgence forcément il passe après mais malgré tout on doit s'excuser car chaque patient à la même valeur et ils sont tous à la même égalité.

Marie : Si ce n'est pas une situation d'urgence avec le patient comment réagissez-vous, quel positionnement adoptez-vous?

Laura : "Si ce n'est pas urgent, ça peut attendre. C'est d'abord le patient et après l'interruption. Si c'est pour me dire qu'il faut remonter un patient, dans une autre chambre, je dis : "attends un petit peu, je discute avec le patient". Pour moi c'est d'abord le patient, je ne vois pas pourquoi quelqu'un passerait avant, ou alors une tâche passerait avant alors que c'est pas important. Moi la priorité c'est le patient, car il ne faut pas qu'il se sente délaissé un peu quoi. En expliquant clairement la situation à sa collègue car ils vont comprendre aussi car ça arrive assez régulièrement, on dit : "Tu peux attendre 2 minutes, je finis tranquillement avec le patient". C'est vraiment pour pas qu'il se sent délaissé.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mes questions, cela va beaucoup m'aider pour mes recherches et mon analyse. Est-ce que je peux vous proposer de vous envoyer une copie de mon mémoire quand il sera terminé ?

ANNEXE III : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN MARIE IDE

Bonjour, je suis Marie étudiante infirmière en 3ème année à l'IFSI du CHU de Rennes. Dans le cadre de la fin de mes études j'effectue un mémoire d'initiation à la recherche. De ce fait, il est nécessaire d'avoir des entretiens avec les professionnels du terrain pour être au plus près de la réalité. Bien évidemment l'interview sera confidentielle et anonyme. L'entretien durera environ 30 à 40 minutes. Est-ce que cela ne vous dérange pas que j'effectue un enregistrement audio pour étudier tout ce que vous aurez dit et pouvoir le retranscrire après ?

Mon sujet de mémoire porte sur l'interruption de tâches

Marie : Pouvez-vous tout d'abord vous présenter ?

Marie IDE : Je me présente, Marie IDE, infirmière depuis 1988, j'ai un peu de réa et puis essentiellement des soins intensifs de cardiologie.

Marie : Si je vous dis "interruption de tâche", qu'est ce que cela évoque pour vous ?

Marie IDE : Pour moi c'est que je suis concentrée à faire quelque chose et quelqu'un vient me déconcentrer, un élément extérieur qui vient déconcentrer... soit c'est une sonnerie, soit une personne...

Marie : Quels sont les motifs de l'interruption de tâche dans un service ?

Marie IDE : Parce qu'on a besoin impérativement d'avoir une réponse à une question ou soit c'est pour du matériel, soit un patient qui va pas bien... Parfois c'est justifié mais pas forcément tout le temps.

Marie : Quelles conséquences peuvent avoir les interruptions sur votre pratique infirmière ?

Marie IDE : Alors sur ma pratique c'est une déconcentration. Par rapport au patient... par exemple si je suis dans une chambre avec un patient et que j'ai commencé une discussion, pour lui, il ne va pas se sentir écouté car je vais revenir le voir et pas forcément reprendre la ou on en était et reposer la même question... Je pense que pour le patient c'est aussi dérangeant.

Marie : Pourriez-vous me définir la relation soignant soigné ?

Marie IDE : Une relation soignant soigné, c'est déjà établir une relation de confiance, par une écoute active, sans être interrompu. C'est aussi répondre aux questions des patients, être attentif et pouvoir lui proposer des choses car ils n'osent pas nous demander.

Marie : Quels peuvent être les facteurs favorisant cette relation ?

Marie IDE : Pour favoriser ce climat, il faut montrer qu'on est disponible, permettre au patient d'être dans un environnement calme, serein... pour le soignant d'être à l'écoute, de parler doucement, de ne pas montrer qu'on a beaucoup de choses à faire à côté. Je dirais que c'est vraiment faire une bulle pour le patient en étant disponible, même si ce n'est pas toujours évident.

Marie : Quels seraient pour vous les freins dans cette relation ?

Marie IDE : Ce sont ces fameuses interruptions tâches. Je vais te donner un exemple, disons que je suis dans le box d'accueil des urgences de cardiologie, je suis avec un patient, je lui explique comment ça va se passer et quelqu'un arrive, sans forcément frapper pour déposer des étiquettes ou le médecin qui transmet une info sans attendre que tu sortes du box... L'aide-soignante qui dit, "il y a quelqu'un qui arrive, le téléphone..." Ou je prête attention aux alarmes et si c'est celle d'urgence je pars voir ce qui se passe pour les autres patients... Il existe vraiment plusieurs types d'interruptions de tâches qui peuvent nuire à cette relation en fin de compte.

Marie : Lorsque vous êtes dans un échange avec un patient, comment vivez-vous une interruption ? Quels sentiments pouvez-vous ressentir si on vous interrompt lors d'un échange avec un patient ?

Marie IDE : Je me dis : "Mince, il faut que je remette un climat de confiance, donc c'est aussi de l'énergie dépensée de la part du soignant car je suis déconcentrée et il faut rétablir ce climat. Ça a une part d'agacement..."

Marie : Pour le patient : Quels seraient d'après vous les impacts de l'interruption sur cette relation ? Quels sentiments peuvent-ils ressentir à ce moment-là ?

Marie IDE : C'est très désagréable, parce que c'est une interruption pour lui aussi, je suis à peu près sûr que le soignant va reposer une question qu'elle a déjà posé, donc lui il va se sentir non écouté lié à la déconcentration de notre part... Ouais je pense surtout que c'est désagréable pour lui... frustrant... comme si il est avec un soignant l'écoute est établie puis hop on est interrompu... donc oui frustrant aussi.

Marie : Comment réagissez-vous face à une interruption de tâche, lorsque vous êtes en situation d'échange avec le patient ? Quel positionnement adoptez-vous ?

Marie IDE : Si c'est une alarme urgente alors je lâche le patient et j'y vais en disant au patient : "Excusez-moi il faut que j'aille voir ce qu'il se passe ailleurs" ou si c'est quelqu'un qui vient pour quelque chose de non urgent, avec le téléphone pour donner des nouvelles à une famille, alors dans ce cas-là je lui dis que je serais dispo dans quelques minutes. C'est essayé de reporter ce qui peut être reporté, même si on sait que parfois ce sont des urgences. Après il faut malgré tout être diplomate car parfois la collègue rentre en t'apportant quelque chose qui sera utile à la prise en soin, je pense aux étiquettes patients par exemple.

Marie : Selon vous quelles peuvent être les stratégies pour éviter les interruptions lors d'un soin relationnel avec un patient?

Marie IDE : Essayer de trouver une solution pour reporter, car si je dis : " Non mais pas maintenant", le collègue ne va pas bien le prendre, et pas bien comprendre alors que si je lui dis : "attends je finis avec la personne et je viens après". Ça lui prouve que j'ai porté de l'intérêt à son interpellation.

Marie : Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose sur ce sujet ? Avez-vous une expérience à me partager ?

Marie IDE : Moi c'est plutôt quand on fait plusieurs jours dans un secteur et que le patient commence à se livrer et c'est quelque chose pour lui qui a été dure à verbaliser, qu'il me confie quelque chose et qu'on était sur un bon échange... et que quelqu'un vienne interrompre l'échange... tu n'es pas contente...

Marie : Vous n'êtes pas contente vis -à -vis de quoi ?

Marie IDE : Vis à vis de la personne qui arrive car elle interrompt l'échange...Oui c'est décevant, car après c'est très difficile de revenir à cette conversation, déjà que le patient avait fait des efforts pour se livrer et verbaliser son ressenti. Et c'est décevant aussi pour notre pratique car on a l'impression de ne pas aboutir à l'échange qu'on avait commencé à construire et qu'on aurait aimé amener le patient. C'est un peu comme si quelqu'un défaisait le château de sable qu'on avait commencé à construire...

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mes questions, cela va beaucoup m'aider pour mes recherches et mon analyse. Est-ce que je peux vous proposer de vous envoyer une copie de mon mémoire quand il sera terminé ?

ANNEXE IV : TABLEAU D'ANALYSE

Thème 1 : Interruption de tâche → Types - Motifs - Conséquences

Thème 2 : Relation Soignant-Soigné → Facteurs favorisants - Freins

Thème 3 : Interruption de tâche pour le soignants → Sentiments

Thème 4 : Interruption de tâches pour le patient → Sentiments - Impacts

Thème 5 : Interruption de tâches → Réaction - Positionnement - Stratégies

Infirmière 1	Infirmière 2	Cadre conceptuel similitudes
<p>Question 1 : Pouvez-vous tout d'abord vous présenter ? Depuis quand êtes-vous diplômé ? Quel a été votre parcours professionnel ?</p> <p><i>Objectif : Connaître au mieux le profil de la personne interrogée</i></p>		
<p>-Laura, 21ans, A travaillé aux soins intensifs de cardiologie pendant 2 mois, depuis travail en réanimation CTCV, -Diplômée de juillet 2020</p>	<p>-Marie -A travaillé en réanimation médicale puis essentiellement aux soins intensifs de cardiologie -Diplômée depuis 1988</p>	/
<p>Question 2 : Si je vous dis "interruption de tâche", qu'est ce que cela évoque pour vous ? Selon vous, quels sont les types d'interruptions les plus fréquents ?</p> <p>Quels sont les motifs de l'interruption de tâche dans un service ? Quelles conséquences peuvent avoir les interruptions sur votre pratique infirmière ?</p> <p><i>Objectif : Savoir ce que l'IDE sait des interruptions de tâches.</i></p>		
<p>Interruption de tâches → arrive assez régulièrement.</p> <p>Types :</p>	<p>Interruption de tâches → élément extérieur qui vient me déconcentrer</p> <p>Types :</p>	<p>Interruption de tâches : fréquent, élément extérieur</p>

<p>-Le téléphone → avec les familles qui appellent lorsqu'on prépare une seringue ou un soin</p> <p>-Les collègues → avec une urgence (arrêt cardiaque, saignement important)</p> <p>→ contrainte de stopper ce que nous faisons</p> <p>Conséquences : L'erreur : dosage (préparation d'injectable), identité du patient (étiquette d'un bilan sanguin)</p>	<p>-une sonnerie</p> <p>-une personne</p> <p>Motifs :</p> <p>-besoin impératif d'avoir une réponse à une question</p> <p>-Pour du matériel</p> <p>-Patient qui va pas bien</p> <p>Parfois c'est justifié mais pas forcément tout le temps.</p> <p>Conséquences :</p> <p>-Pour le soignant : Une déconcentration / devoir faire répéter le patient</p> <p>-Pour le patient : Sentiments de non écoute / dérangeant</p>	<p>→ téléphone + orale (collègue)</p> <p>→ renseignements, nouvelles pour la famille, urgences</p> <p>→ + négatif, erreurs, (voir en bas)</p>
<p>Question 2 : Pourriez-vous me définir la relation soignant soigné ? Quels peuvent être les facteurs favorisant cette relation ? Quels seraient pour vous les freins dans cette relation ?</p> <p><i>Objectif : Obtenir le point de vue du soignant sur la relation avec le patient.</i></p>		
<p>Relation soignant soigné → super important, un contact avec le patient, réussir à établir une relation de confiance. Il faut qu'il se sente à l'aise,</p>	<p>Relation soignant soigné, c'est établir une relation de confiance, par une écoute active, sans être interrompu. C'est aussi répondre aux questions des</p>	<p>Relation soignant-soigné : relation de confiance entre 2 personnes, bonne communication, écoute active</p>

qu'il y ait une communication verbale entre les deux.

Freins :

-Un patients étranger qui ne parlent pas français

-Des patients intubés → communication réduite

-Un patient très fermé ou très anxieux

la notion de relation et communication est très proche

patients, être attentif et pouvoir lui proposer des choses car ils n'osent pas nous demander.

Facteurs favorisants :

-Être disponible, à l'écoute, parler doucement, ne pas montrer un désintéressement (lié à la charge de travail)

-Un environnement calme, serein

→ Réussir à faire une bulle pour le patient en étant disponible, même si ce n'est pas toujours évident.

Freins :

-Les interruptions tâches → il existe plusieurs types qui peuvent nuire à cette relation

Exemple données : je suis avec un patient, quelqu'un arrive, sans forcément frapper ou le médecin qui transmet une info sans attendre que tu sortes du box... L'aide soignante qui dit, "il y a quelqu'un qui arrive, le téléphone..." Ou l'alarme d'urgence donc dans ce cas la je pars voir ce qui se passe pour les autres patients

→ Facteurs favorisants : Disponibilités, communication verbale adaptés, environnement calme, serein, attention portée au patient

→ Freins : Les interruptions de tâches

Question 3 : Lorsque vous êtes dans un échange avec un patient, comment vivez-vous une interruption ? Quels sentiments pouvez-vous ressentir si on vous interrompt lors d'un échange avec un patient ?

Objectif : Recueillir les sentiments perçus par l'infirmier durant un soin relationnel interrompu.

Priorisation de l'interruption de tâche

→ temporiser si c'est un coup de téléphone pour éviter de couper l'échange. L'interruption ne se fera pas

→ en cas d'urgence : on est obligé de s'excuser et de dire au patient qu'on revient

Sentiments du soignant:

-Très gênée pendant un soin ou une discussion le fait d'être appelé, on doit dire : "bah mince désolé monsieur, je dois partir, j'ai quelque chose...".

-Relation coupée

-Très embêtant

-Pas jusqu'à être agacée parce qu'on peut pas savoir ce qui est en train de se passer, mais ça arrive assez régulièrement

Sentiments du patient :

Sentiments du soignant:

-Energie dépensée en plus

-Déconcentration

-Devoir de rétablir ce climat de confiance

-Agacement

Sentiment du soignant lors d'une Interruption de tâche : Devoir rétablir ce climat de confiance, déconcentration, gêne, non aboutissement, déçu de notre pratique, agacement,

Insatisfaction pro ??

<p>-Sentiment de “passer après” → désintéressés</p> <p>-Perte de confiance</p>		
<p align="center">Question 4 : Pour le patient : Quels seraient d’après vous les impacts de l’interruption sur cette relation ? Quels sentiments peuvent-ils ressentir à ce moment-là ? Quelles conséquences sur l’échange, l’interruption peut elle avoir ?</p> <p align="center"><i>Objectif : Questionner sur le ressenti du patient lors d’une interruption inopinée.</i></p>		
<p>Sentiments du patient :</p> <p>-Anxiété : “On s’occupe moins de moi”</p> <p>-Sentiments d’oublie</p> <p>-Mal à l’aise, gêne, posera moins de questions : “Je sais que vous avez du boulot, je suis gêné”, “Je ne suis pas une urgence”</p> <p>Conséquences et impacts :</p> <p>-Un échange rompu, relation rompu</p> <p>-Une perte de confiance, moins d’échange par la suite, il va moins s’ouvrir</p>	<p>Interruption pour le patient aussi</p> <p>Sentiments du patient :</p> <p>-Très désagréable</p> <p>-Non écouté</p> <p>-Frustrant</p> <p>Conséquences et impacts:</p> <p>-Le soignant va reposer la même question, lié à la déconcentration de notre part</p>	<p>Sentiments du patient lors d’une interruption de tâche : Non écouté, oublié, désagréable</p> <p>Conséquences → Échange rompu, perte de ce climat de confiance, moins d’échange</p>

<p>Question 5 : Comment réagissez-vous face à une interruption de tâche, lorsque vous êtes en situation d'échange avec le patient ? Quel positionnement adoptez-vous ? Pourquoi ? Selon vous quelles peuvent être les stratégies pour éviter les interruptions lors d'un soin relationnel avec un patient?</p> <p><i>Objectif : Connaître l'avis de l'infirmier face à une situation d'interruption de tâche.</i></p>		
<p>Ça dépend de l'interruption → urgence ou non</p> <p>Réaction :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Excuses au patient car chaque patient à la même égalité et valeur -Réassurance : "Vous inquiétez pas, on ne vous oublie pas" <p>Positionnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Temporisation si non urgent : d'abord le patient et après l'interruption car il ne faut pas qu'il se sent délaissé. -Décale la demande : "Tu peux attendre 2 minutes, je finis tranquillement avec le patient" 	<p>Réaction :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Excuses au patient → si contexte d'urgence <p>Positionnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reporter ce qui peut l'être → famille qui veut des nouvelles au téléphone (disponible dans quelques minutes) -Etre diplomate car parfois la collègue rentre pour te donner un élément utile à la prise en soin (étiquettes patients par exemple) <p>Stratégies :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trouver une solution pour reporter en disant "attends je finis avec la personne et je viens après". Ça lui prouve que j'ai porté de l'intérêt à son interpellation → prise en considération 	<p>Réaction face à une interruption de tâche :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Excuses au patient, réassurance <p>Positionnement → temporiser, prioriser les activités, décaler la demande</p> <p>notion d'urgence ou non</p>

Question 6 : Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose sur ce sujet ? Avez-vous une expérience à me partager ?

→ A partir de plusieurs jours dans un secteur

Patient :

- Se livre sur ce qu'il ressent
- Difficile de verbaliser son ressenti
- Il se confie, bon échange
- Effort de la part du patient

Sentiments du soignant :

- Mécontente de la personne qui vient interrompre l'échange
 - Difficulté à revenir à cette conversation
 - Décevant pour notre pratique
 - Non aboutissement à l'échange qu'on avait commencé à construire
- "C'est un peu comme si quelqu'un défaisait le château de sable qu'on avait commencé à construire..."

ABSTRACT

Marie JAULIN

L'impact des interruptions de tâches sur la relation soignant-soigné

Mon travail de fin d'étude concerne l'impact des interruptions de tâches sur la relation avec le patient. Les interruptions sont récurrentes et inévitables dans la pratique infirmière car c'est un métier où la communication et le travail en équipe sont la base du soin. De ce fait, je me suis questionnée sur : **“En quoi les interruptions de tâches impactent-elles la relation soignant-soigné”**. La confiance entre l'infirmier et le patient est primordiale dans la relation soignant-soigné. Elle s'acquiert avec le temps mais à l'inverse peut très vite se détruire.

A l'aide d'entretiens semi-directifs, nous avons recueilli le point de vue de deux infirmières puis les avons confrontés aux données théoriques.

Nous comprenons alors que l'évaluation du degré d'urgence du motif de l'interruption est une part importante dans son acceptation ou non. Elle permet à l'infirmière d'apprécier la balance bénéfice-risque pour une situation donnée. Les résultats mettent en évidence que le positionnement professionnel permet la priorisation des soins. De ce fait, la relation soignant-soigné est alors privilégiée ou non.

Interruption de tâche - Relation soignant-soigné - Positionnement professionnel - Priorisation des soins

The impact of task interruptions on the nurse-patient relationship

The theme of this essay is the impact of task interruptions on the patient's relationship with the nurse. Because of their essential skills that are communication and teamwork which are the care's fundamentals, interruptions are recurrent and unavoidable in the nursing field. Thus, I wondered: **“How do task interruptions affect the nurse-patient's relationship ?”**. Trust between the nurse and the patient is essential in their relationship. It is something you earn with difficulty and patience but on the contrary, something easily and quickly destroyable.

Thanks to interviews, we collected two nurses' opinions. We compared them with the theoretical datas afterwards.

We understand finally that the estimation of the emergency level of the interruption's reason is an important part in its acceptance or in its refusal. It allows the nurse to estimate the pros-cons scale in a specific situation. The professional position allowing the treatment's prioritization has been highlighted in the results. So because of that, the nurse-patient relationship can be favored or not.

Task interruption/break - Nurse-patient relationship - Professional position/situation - Treatments prioritization

