



LEHMANN Margaux

Promotion 2023-2026

L'interruption de tâche dans la pratique soignante

En quoi l'interruption de tâche influence-t-elle la qualité, la sécurité et la relation aux patients ?

Unité d'enseignement : 5.6 S6 Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Directrice de Mémoire : Madame THOMAS Elodie

Date de rendu : 26 Mai 2026

Note aux lecteurs

*« Le doute est une force. Une vraie et belle force.
Veille simplement qu'elle te pousse toujours en avant »*
Ellana, Pierre Bottero

« Il s'agit d'un travail personnel qui ne peut faire l'objet d'aucune publication sans l'accord de son auteur »

Les prénoms figurant dans ce travail ont été déontologiquement modifiés afin de préserver l'anonymat des personnes.

Suite à un changement de nom à l'état civil durant ma dernière année de formation, certains documents sont à mon ancien nom : Allezard.

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier les formateurs du GIPES qui m'ont accompagnée durant ces 3 années de formation. En particulier Madame Thomas, ma directrice de mémoire qui a su me guider pour ce travail si particulier.

Je remercie aussi Mathieu, Paul, Fouad, Djoura, Sandrine, Christelle et toutes celles et ceux qui m'ont accompagnée sur le terrain et qui m'ont appris plus qu'attendu. Grâce à leur bienveillance et leur passion, j'ai pu approcher l'humanité la plus profonde de notre métier. Merci pour l'expérience et le savoir que vous m'avez transmis.

Même si nos routes se séparent, merci à mes compagnons du GIPES qui ont vécu ces trois ans à mes côtés et qui m'ont soutenue pendant certaines des périodes les plus compliquées de mes études. Oriane, Flavie, Mathilda, Alexis, Mathis et Lyna, vous avez apporté la lumière dans mes moments de sombre. Je vous souhaite le plus beau.

Je veux souligner aussi la présence de mes amies les plus fidèles, qui malgré la distance ont vécu cette aventure de vie tout près de mon cœur. Chloé, Eva, Marine, vous êtes depuis le premier jour mes sœurs, mes piliers, mes plus grandes joies. A vous qui me donnez tous les jours l'impression que ça vaut le coup et pour tous nos moments vécus et à vivre.

À Jeanne, ma petite sœur courage qui m'impressionne chaque jour par sa maturité et sa force, quel magnifique cadeau de te voir grandir auprès de moi, quelle fierté, je serai là, toujours.

À ma maman qui a sauvé mon monde, qui avec patience m'a appris à m'envoler, merci d'avoir eu le courage de choisir cette vie. Merci d'avoir tenu le cap de nos espérances, je t'aime plus grand que l'univers. C'est grâce à leur confiance et à leur amour

inébranlable que j'ai trouvé la force de continuer. Merci pour la patience, merci pour le réconfort, dans les moments de doute, merci pour les joies, les rires, les week-end ensoleillés, merci pour Havane, Opale, Monnet et Hip, merci d'être si magnifiquement vous.

Je veux bien sûr aussi citer mes grands-parents qui sont le cœur de notre famille et qui me rappellent chaque jour la chance que j'ai d'être née ici et maintenant, pour leur amour et leur soutien sans failles, pour tout ce qu'ils m'apportent.

A Bruno, qui demeure une présence rassurante et aimante, et sa famille. A La famille de Béranger, Marius et Alicia, Nell et Charlie, Alex et les copains, Mattéo et tous ceux qui ont, de près ou de loin, pensé fort à moi et qui m'ont permis d'évoluer avec toujours cette sensation d'être soutenue et d'être aimée.

À Béranger mon chéri, qui a su me soutenir et m'accompagner dans les moments de doute, je vous souhaite tout le bonheur du monde, des aventures pleines de couleurs, des voyages, de pouvoir être tout ce qu'on pourra.

Je veux me remercier également d'avoir eu le courage et la ténacité d'accomplir ces trois ans. Je veux me remercier d'avoir choisi ce chemin, mon chemin...

Table des matières

Introduction	1
1. Description des situations d'appel et questionnements	1
2. Question de départ	9
3. Cadre de référence	10
3.1 Les Interruptions de tâches	10
3.1.1 Définitions et impact sur le fonctionnement cognitif	10
3.1.2. Le risque d'erreur liés aux interruptions de tâches	13
3.1.3 Qualité et sécurité des soins	18
3.1.4 La destinée manifeste des soignants	22
3.1.5 Atteintes physiques et psychologiques des soignants	24
3.2 Relation soignant soigné	28
3.2.1 Définitions	29
3.2.2 Prise en charge globale du soin	32
3.2.3 Importance de la communication	37
4. Synthèse du cadre de référence	41
5. Enquête exploratoire	44
5.1 Méthodologie de recherche	44
5.2 Réalisation de l'enquête	46
5.3 Résumé des entretiens	48
6. Analyse des entretiens	50
6.1 Interruptions de tâches	50
6.1.1 La définition d'une interruption de tâche selon les soignants	52
6.1.2 Répercussions de l'interruption de tâche sur les soignants	53
6.1.3 Impact des interruptions de tâche sur la qualité et la sécurité des soins	55
6.2 La relation soignant-soigné	57
6.2.1 Définitions de la notion de relation soignant-soigné	57
6.2.2 Impact de l'interruption de tâche dans la relation soignant-soigné	59
6.2.3 Le maintien d'un lien de confiance grâce au positionnement soignant	61
6.3 Thèmes inattendus	62
6.3.1 La notion de refus	63
6.3.2 Le cerveau féminin et la capacité d'adaptation	63

6.3.3 L'organisation des équipes et le manque de personnel soignant	64
6.3.4 Impression d'inefficacité des mesures mises en place pour limiter les interruptions de tâche ...	64
7 Synthèse des entretiens	65
8 . Problématique	67
Conclusion	70
Bibliographie	71
Sitographie	72
Annexes	I
Annexe n°1 : Entretien avec Amy infirmière en service de Médecine et de Réadaptation	II
Annexe n°2 : Entretien avec Salim infirmier en service de Médecine et de Rééducation	VI
Annexe n°3 Entretien avec Maëlle infirmière en service de médecine et de rééducation	XI
Annexe n°4 : Entretien avec Sinaï infirmière en service de Médecine et de Réadaptation	XV
Annexe n° 5 : Entretiens avec Beth infirmière en unité fermée de psychiatrie	XVIII
Annexe n°6 : Entretien avec Joséphine (Jo) infirmière en unité fermée de psychiatrie	XXIV
Annexe n°7 Tableau questionnaire d'entretien	XXVII
Annexe n° 8 : Autorisation d'entretien unité fermée de psychiatrie	XXVIII
Annexe n° 9 : Autorisation d'entretien SMR	XXIX
Annexe n°10 : Autorisation d'entretien en Médecine Polyvalente	XXX
Annexe n°11: Tableau d'analyse croisé des entretiens	XXI
Annexe n°13 : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude	XXI

Introduction

La notion d'interruption de tâche (IT) dans la pratique infirmière est une notion récente qui est reconnue depuis quelques années seulement. Des travaux scientifiques commencent à chercher à cerner ce phénomène, qui touche tous les milieux de soins et qui engendre de grands nombres de conséquences pour les individus, parfois catastrophiques, mais également pour l'organisation de soins et la continuité de ceux-ci. Lors de mes études j'ai été rapidement frappée par les nombreuses interruptions de tâches qui jalonnent le quotidien des soignants. Je me suis donc intéressée à leur causes et à leurs retentissements, d'autant que de manière un peu étrange pour moi, les professionnels ne semblaient pas en faire une problématique globale, qui pouvait éventuellement rendre leur tâche plus difficile.

Nous décrirons ainsi trois situations d'appel et énoncerons des questionnements en lien avec celles-ci. Nous rechercherons ensuite dans la première partie dédiée au cadre de référence, l'impact des IT sur les soignants et sur les pratiques générales en activité hospitalière, puis nous développerons la relation soignant-soigné et les effets éventuels que les interruptions de tâche peuvent avoir sur elle. Dans une seconde partie nous mettrons ces connaissances en confrontation avec six entretiens de professionnels avec des IDE qui exercent sur le terrain. Enfin proposerons une problématique en lien avec ce thème particulier, avant de conclure.

1. Description des situations d'appel et questionnements

1^{ère} situation : service d'Unité de Soins Longue Durée, premier stage de deuxième année.

Les infirmières ont l'habitude de vérifier et préparer les traitements devant les chambres pendant le tour du matin, de midi et du soir. Les traitements sont donnés dans des petits pots en plastique. Durant ma première semaine je n'ai pas souvent fait de dispensation, car on me montrait les soins usuels, pour que je puisse m'habituer aux façons de faire et aux patients également.

J'ai donc observé plusieurs fois le tour de la distribution des médicaments. J'ai accompagné une infirmière pendant douze heures sur l'un de mes jours de travail. La journée se passe sans

encombre. Après plusieurs toilettes le matin, les pansements et les différentes tâches de la journée, nous commençons le tour des traitements du soir.

L'infirmière me propose de réviser ma pharmacologie et de me familiariser aux différents traitements du service, c'est pour cela que durant chaque tour, je reste soit sur le plan de soins de l'ordinateur, ou à ses côtés, sortant du chariot de soins les différentes pilules ou gouttes pour lui montrer et les mettre dans le petit pot en plastique. Je lui énumère les traitements en décrivant leurs actions principales et sur quelles pathologies ils agissent.

Lors de la préparation des médicaments du pot en plastique d'une dame, le téléphone sonne et l'infirmière décroche. Elle me fait signe de continuer de lui dicter les traitements. Je suis donc devant l'ordinateur et je lui énumère un à un le nom de chaque comprimé, elle m'écoute d'une oreille et pioche les médicaments dans le chariot de soins qu'elle déconditionne et met dans le pot. Je comprends qu'elle discute avec la cadre, celle-ci est descendue au service du rez-de-chaussée en raison d'effectif manquant. Elle tente de trouver une solution au manque de personnel par un possible détachement d'une infirmière de notre service. Durant toute la conversation, l'IDE continue de faire les préparations de traitements, un peu en retard elle veut continuer pour aider ensuite à la distribution des repas. La discussion téléphonique se termine, la cadre prévoit de la rappeler dans peu de temps. À ce moment, je me demande si c'est une bonne chose de faire deux choses en même temps surtout dans le cas de la distribution des médicaments. C'est pour moi un moment à risque majoré d'erreur, surtout lorsqu'on est interrompu. Selon la revue « *Administration du médicament, prévenir les interruptions de tâches* » écrite par Frédérique Perigault, Nadia Fleury, Fadwa El Kouari et Nathalie Nion, il est démontré que dans l'observation de 4 271 actes d'erreurs d'administration de médicaments 53 % était dû à des interruptions des soignants.

Après avoir raccroché le téléphone l'IDE m'explique à quel point les détachements peuvent être complexes, les agents détachés doivent d'abord finir toutes leurs tâches le plus rapidement possible auprès de leurs patients pour ensuite changer d'étage et recommencer avec les patients de l'autre service. Sans compter les demandes imprévues, les chutes ou les possibles décompensations des résidents. Elle me confie qu'elle ne veut pas être détachée aujourd'hui car elle est fatiguée et a l'impression d'être en retard dans sa journée. Avec cette obligation, elle ferait des heures supplémentaires et son fils l'attend à la maison. J'écoute, me rendant compte de la charge mentale que peut infliger la profession soignante, j'essaye de la rassurer tout en lui

disant que je comprends et que je peux de par mon statut étudiant prendre en charge l'aide au repas de certains résidents pour la soulager.

Elle acquiesce sans plus de paroles et prend le pot rempli de médicaments qu'elle a préparé sur le chariot de soins avant de se diriger vers la chambre de la patiente. La patiente est une dame de 86 ans avec de longs cheveux blancs, elle est plutôt autonome et aime déambuler dans le service. Elle présente de légers troubles cognitifs mais reste éveillée au monde extérieur et souriante. Elle est diabétique et présente depuis quelques jours des ulcères aux mollets. Je reste à côté du chariot de soins pour reprendre un peu mes esprits car la journée a été longue et ce moment de discussion avec l'infirmière m'a émue.

Je récupère machinalement les emballages des médicaments qui sont toujours sur le chariot de soin. En regardant les noms des pilules sur les blisters je me rends compte que deux comprimés de Metformine ont été mis dans le pot en plastique. La prescription n'en demandait qu'un pour cette patiente.

Je me suis précipitée dans la chambre pour le dire à l'infirmière, elle avait mis les cachets dans la main de la patiente et lui tendait un verre d'eau, celle-ci montait sa main en direction de sa bouche pour avaler les cachets. Entendant mon explication elle a tout de suite pris la main de la patiente et récupéré tous les cachets. La patiente est étonnée par ce geste, l'IDE lui explique qu'elle a fait une erreur de médicaments et qu'elle doit refaire le petit pot. La patiente acquiesce sans faire de commentaires. Nous ressortons de la chambre et nous recommençons la préparation, jetant les premiers comprimés préparés pour être sûr de ne pas nous tromper.

Cette situation particulière m'a permis de prendre conscience des erreurs causées par les interruptions de tâches. En effet si je n'avais pas averti l'IDE sur la présence de deux cachets de Metformine, les conséquences sur la patiente aurait pu être graves. Surtout si l'IDE avait été choisie pour le détachement : une hypoglycémie peut passer inaperçue si celle-ci n'est pas surveillée.

Le patient encourt-il donc plus de risques lors d'une interruption de tâche ? Comment les soignants arrivent-ils à garder une conduite à tenir malgré une interruption de tâche ? Est-ce que la reprise des soins après une interruption de tâche est possible avec la même concentration du soignant ? Ou le fait d'avoir été interrompue majore un « brouillard mental » (en lien avec des problématiques personnelles) qui serait un frein à la concentration ? Le fait d'avoir vérifié les

emballages des cachets m'interroge également, est ce que j'ai compris à ce moment-là que l'IDE n'était pas dans une concentration totale ? Pourquoi à ce moment-là j'ai eu besoin de vérifier ?

2^{ème} situation : stage de chirurgie ambulatoire 2^{ème} année

Le service de par sa fonction a une organisation particulière. Tous les matins les entrées administratives des patients sont faites à l'accueil par les secrétaires, mais aussi lors de l'arrivée des patients dans le service par l'IDE. Ces entrées sont l'occasion pour les soignants de vérifier si la personne est à jeun, si elle a bien respecté les consignes préopératoires ou si elle présente un état clinique qui irait à l'encontre de la sûreté de l'opération (symptômes d'infection, altération de l'état cutané, etc.). C'est aussi un moment d'échange qui permet au personnel soignant de se présenter et de rassurer les patients inquiets. Ce temps est important pour les patients, qui peuvent poser leurs questions, partager leurs peurs ou un peu de leur histoire de vie.

J'effectue un matin l'entrée d'une patiente, qui se présente pour être opérée du genou droit, il est prévu l'implantation d'une prothèse totale. C'est une dame d'une soixantaine d'années, elle est de taille moyenne avec des cheveux grisonnant. Elle me sourit dès qu'elle m'aperçoit entrer dans la chambre, je me dis qu'elle a l'air détendue et que c'est une bonne chose pour l'opération à venir. Je prends ses constantes (toutes normales), lui demande si elle est bien à jeun, si elle a des objets précieux et enfin si elle a des douleurs. Elle me signale une infection urinaire dont le diagnostic a été posé la veille car elle a reçu les résultats du laboratoire qui avait analysé son ECBU. Elle me décrit qu'elle en fait régulièrement et que celle-ci n'est pas différente des autres. Elle n'a pas débuté de traitement depuis ce résultat. Dans le doute je lui demande de se préparer pour aller au bloc opératoire, ce qui inclus une douche à la bétadine et le port de la tenue opératoire. Je quitte la chambre et me dirige vers l'IDE référente pour lui transmettre les informations ainsi que le bilan papier du laboratoire que la patiente m'a confié.

L'IDE appelle le médecin anesthésiste pour l'informer et demander la confirmation que l'opération pouvait avoir lieu ou non, je suis dans la salle de soin à ses côtés mais je n'entends pas les réponses du médecin.

Après l'appel, l'IDE s'assoit à un poste d'ordinateur et commence à tracer l'appel. Je reste près d'elle et range des dossiers, change les étiquettes du tableau des chambres pour le garder à jour.

Un monsieur s'approche du poste infirmier, toque et demande à l'infirmière si elle a des informations concernant le déroulé de l'opération de sa compagne, il a l'air inquiet et presse l'infirmière, celle-ci change d'application pour renseigner le monsieur. C'est le mari d'une jeune femme hospitalisée dans le service et qui a été emmenée au bloc opératoire quelques heures plus

tôt. En tant qu'étudiante je n'ai pas les codes d'accès au dossier de soins en ligne je ne peux pas aider l'IDE à renseigner le monsieur.

L'infirmière lui dit que sa compagne est en salle de réveil selon les dernières informations et qu'elle ne tardera pas à revenir en service. Le monsieur la remercie et s'en va.

Au même moment un chirurgien entre dans la salle de soin et demande à l'infirmière de l'accompagner pour une réfection de pansement d'une opération qui a été faite la veille, il souhaite voir l'état de la cicatrice car la suture a été compliquée au bloc. La patiente a perdu beaucoup de sang et les points de sutures risquent de se détacher à cause de sa peau très fine.

Sans fermer l'ordinateur l'infirmière me demande de la suivre pour préparer le matériel, je la rejoins avec un chariot dans la chambre. La cicatrice saigne et les berges sont légèrement inflammatoires, nous effectuons le changement de pansement en discutant avec le médecin ainsi que la patiente. Celle-ci étant âgée et ayant perdu beaucoup de sang elle exprime être fatiguée par l'opération.

L'unité de soins de chirurgie ambulatoire de cette clinique possède 10 lits d'hospitalisations pour permettre à certains patients de rester plusieurs jours quand leur état clinique le nécessite. C'est le cas pour elle, qui semble épuisée et qui a du mal à se remettre de son opération.

A notre retour dans la salle de soin, l'infirmière se remet devant l'ordinateur pour compléter la transmission écrite des informations que lui avait donné l'anesthésiste concernant la dame présentant une infection urinaire. En effet avec l'interruption du chirurgien et du mari de la patiente un peu plus tôt, elle n'a pas eu l'occasion de transmettre les informations sur le dossier de soins dématérialisé.

Dans le doute, elle se tourne vers moi et me dit « je ne sais plus ce que je devais écrire ». N'ayant pas entendu la conversation et l'infirmière ne m'ayant pas donné les informations après celle-ci je suis incapable de l'aider. Elle rappelle l'anesthésiste qui étant au bloc n'a pas répondu tout de suite.

Je suis retournée dans la chambre de la patiente devant se faire opérer du genou et ayant l'infection urinaire, je lui ai expliqué que nous n'avions pas encore la confirmation concernant son opération, il fallait donc qu'elle patiente. Le service étant plein nous nous sommes occupées d'autres tâches durant le temps qui a suivi et ce n'est que 4h après que l'annulation de l'opération a été confirmée par l'anesthésiste, qui sortait du bloc. La patiente s'est montrée contrariée de cette attente inutile.

Cet évènement m'a amené à me questionner sur la place des interruptions de tâches dans la pratique soignante. L'IDE n'était plus en capacité de se souvenir de ce qu'elle était en train de tracer, parce qu'elle a été interrompue à plusieurs reprises.

Je me pose alors la question de l'importance des informations que l'IDE peut être amenée à oublier. Je me demande aussi si l'interruption de tâche réduit la qualité de la prise en charge du patient. Selon la Revue de l'Infirmière « *Comment réduire les interruptions de tâches lors de la préparation des médicaments* » écrit par Emilie Deloison, Yolande Bataille, Nathalie Léon et Guillaume Saint-Lorant, le nombre d'interruptions de tâche selon le regroupement de 14 études est environ de 6 à 7 par heure.

Je n'étais pas capable d'aider parce que les directives étaient téléphoniques et je ne pouvais pas accéder au dossier de soins sur le DPI (Dossier Patient Informatisé) du fait de ma position d'étudiante. Comment mémoriser une information dans un moment où l'on se sent surchargé par plusieurs données différentes ? Comment peut-on avertir les collègues ou percevoir sa propre fatigue intellectuelle liées aux interruptions de tâche ? Comment demander de l'aide dans un moment d'interruption ? A ce moment nous étions deux dans la salle de soins sans collègue à proximité : comment freiner ces interruptions ? Ou quand on a été dérangé, comment retrouver le fil de ses pensées ? Comment l'IDE fait-elle pour réussir à garder une organisation dans ses soins tout au long de sa journée malgré des interruptions très fréquentes ? A quel point les IT (Interruptions de tâches) impactent-elles les relations soignants-soignés ?

3ème situation : stage en psychiatrie dans le service de resocialisation fin de deuxième année

Le temps des relèves est différent de celui que j'ai pu connaître lors de mes passages dans des services hospitaliers somatiques. Lors de ces temps de relève, l'équipe au complet ainsi que la cadre se rejoignent pour discuter des situations rencontrées dans la journée ou les jours d'avant. C'est souvent le moment de statuer sur le positionnement soignant, pour que chacun donne la même réponse aux patients. Ces temps sont très importants, et certaines fois les psychiatres viennent également discuter des comportements des patients avec l'équipe. Ces échanges amènent aux analyses de certains délires, à des consignes concernant la gestion des différentes addictions aux toxiques, à la programmation de sorties thérapeutiques ou aux accords sur la gestion des budgets que les patients reçoivent des tutelles ou curatelles. Un patient très bien connu du pôle, Mr S. est souvent au cœur de ces discussions. Sa prise en charge est extrêmement complexe car il fugue régulièrement de l'unité, revenant très alcoolisé ou sous toxique. Il est violent verbalement et physiquement avec l'équipe, en demande constante de tabac ou d'argent, refuse tout entretien avec psychiatre ou médecins somatiques malgré ses demandes. Ce patient étant sans domicile fixe, l'hôpital est pour lui un refuge et les 3 services du bâtiment ont accueillis ce patient chacun à leur tour.

Il refuse également la prise de traitements, vole les affaires des autres patients ou les denrées alimentaires et fatigue grandement l'équipe par des demandes constantes et virulentes. Ce jour, la relève est centrée sur la demande d'argent de ce patient, chacun à son tour développe et donne son analyse sur la mise en place d'un budget quotidien. Lors de cette discussion, une infirmière est demandée par un patient délirant qui force la porte de la salle de soin très agité et persuadé d'avoir des caméras dans son placard. Devant le malaise palpable de ce patient l'infirmière lui demande d'attendre quelques minutes la fin de la relève, il hausse le ton et paraît de plus en plus agité. L'infirmière se lève donc et part avec lui. Elle ne peut pas laisser ce patient en détresse mais elle est obligée de quitter une réunion importante. En son absence, l'équipe ainsi que la cadre statuent sur le fait que 1 euro le matin et 1 euro l'après-midi seront donnés à Mr S.

Quand l'infirmière revient en salle de soin elle semble contrariée par la décision prise. Après un moment, elle m'explique que ce n'était pas pour elle la bonne chose à faire et l'interruption par le patient délirant l'a empêchée de donner son avis et de se faire entendre.

Je m'interroge sur l'interruption de tâche et ses effets sur la prise en charge des patients. En effet selon « *Psychiatrie et interruptions de tâche, une opportunité thérapeutique* » écrit par Isabelle Chevalier, il faut « *penser le soin dans son ensemble car soigner c'est accompagner, prendre soin, écouter, rassurer et rencontrer l'autre dans son humanité la plus profonde* » (Chevalier, 2019, P-21) Les interruptions impactent le patient dans son intégrité avec plus ou moins de violence selon les situations.

Après cet échange, je me suis interrogée sur la capacité des soignants à dire non lors d'une interruption de tâche. La majorité des soignants considèrent les interruptions de tâches comme faisant partie du métier. Comment refuser une interruption de tâche sans se sentir coupable ? Pourquoi les soignants n'osent-ils pas différer leur intervention ? Comment traiter une demande urgente du point de vue du patient mais non vitale pour lui, qui met le professionnel de santé en difficulté ? La volonté de venir en aide est telle qu'elle passe outre, une organisation, voire une fatigue mentale et physique ?

Dans cette situation le patient demandeur de l'attention de l'infirmière était très agité mais une autre soignante qui avait déjà donné son avis aurait pu se proposer pour faire face à cette situation et permettre à sa collègue de donner son avis à son tour. Comment prendre le relais en équipe lors d'une interruption de tâche que subit une collègue ? Comment déléguer une demande qui nous est adressée avec agitation ou émotions ?

2.Question de départ

Ces trois situations d'appels ont soulevé plusieurs questionnements chez moi et chaque situation décrite m'a amené à des réflexions dégageant ainsi un questionnement :

En quoi l'interruption de tâche influence-t-elle la qualité, la sécurité des soins et la relation aux patients ?

3.Cadre de référence

3.1 Les Interruptions de tâches

3.1.1 Définitions et impact sur le fonctionnement cognitif

Le Larousse définit la notion de tâche comme « *Travail, ouvrage à faire dans un temps déterminé et à certaines conditions* » (Larousse, 2008, para 2), c'est en s'appuyant sur cette définition que la notion d'interruption de tâche peut être abordée. L'interruption de tâche (IT) est définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) française comme « *l'arrêt inopiné, provisoire ou définitif d'une activité humaine. Elle conduit à 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* » (HAS addendum Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments- L'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments, 2016, P-5). L'HAS précise également que « *Une interruption de tâche est une altération de l'activité en cours, elle peut être d'origine interne ou externe à l'individu* » (HAS addendum Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments-L 'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments, 2016, P-5).

Dans les métiers du soin et notamment la pratique infirmière, on observe fréquemment des interruptions de tâches. Selon l'étude « *Comment réduire les interruptions de tâches lors de la préparation des médicaments ?* » écrit par Emilie Deloison, Yolande Bataille, Nathalie Léon et Guillaume Saint- Lorant, le taux d'interruptions de tâches est estimé entre 6 et 7 par heure. Cette revue littéraire s'appuie sur 14 études sur le sujet qui mettent en lumière ce type de difficultés du personnel soignant.

Une interruption de tâche peut être due à de nombreux stimuli, ce n'est pas seulement une conversation qui peut mettre l'individu en difficulté. De par notre nature humaine nous sommes confrontés à de nombreuses stimulations ou ressentis durant nos journées et notamment en tant que soignant. Un passage rapide dans le couloir, une sensation de froid, l'entente de plaintes de patients, une discussion de collègues dans son environnement proche, les alarmes du matériel médical ou la sonnerie des téléphones sont autant de distractions qui peuvent altérer la concentration de l'individu. Le nombre de ces distractions peut augmenter en fonction des

services. Un infirmier en poste dans un service urgences en CHU aura à gérer plus d'informations avec un rythme plus rapide, qu'un infirmier exerçant dans un EHPAD non médicalisé. La capacité du cerveau humain à la concentration est limitée, selon l'Institut des Troubles d'Apprentissages. « *Le temps de concentration optimal d'une personne adulte est environ de 25 minutes* » (Institut, 2026, Para 1). Pour compléter cette information, la Région Académique Provence-Alpes-Côte-d'Azur décrit dans un travail de la Direction Régionale Académique du Numérique Educatif du pôle Aix-Marseille, les différents types de concentration et leurs spécificités.

L'attention est définie comme « *l'ensemble des mécanismes cérébraux qui permet la sélection et le traitement des informations pour réaliser une tâche cognitive ou motrice* » (Académie Aix- Marseille -Quels apports des sciences cognitives dans les apprentissages ? 2018, P-15). C'est un objectif précis qui va guider notre activité mentale,

La concentration est un engagement actif et volontaire du sujet dans la tâche qu'il a à accomplir, alors que l'attention est décrite comme la sélection d'informations par le sujet. La concentration intègre 3 concepts :

Le maintien de la concentration sur une tâche aussi appelé **attention soutenue**, est un des différents types de concentration. Cette attention peut être mesurée grâce au test des horloges de Norman Mackworth, scientifique britannique du 20^{ème} siècle. Celui-ci a mis en place durant la seconde guerre mondiale, un test pour être capable de mesurer l'attention soutenue lors des entraînements des pilotes d'avion lors de missions armées. Ce test se compose d'un cercle, d'une aiguille et de points lumineux qui fonctionnent comme une horloge. Toute les secondes, l'aiguille avance d'un cran, et à intervalles irréguliers, l'aiguille fait un double saut. Le sujet doit être capable de détecter les sauts de l'aiguille et appuyer sur un bouton prévu à cet effet. Le but de ce test est de tester la durée de l'attention soutenue du sujet lors d'une tâche monotone. Ce test est un outil important dans la mesure de l'attention soutenue dans une tâche. Cet outil a permis d'analyser de façon précise les capacités des différents individus et a permis de donner une moyenne globale de la **concentration absolue du cerveau humain qui est d'environ 25 minutes**.

Le deuxième type de concentration est **l'attention sélective**, ou le fait d'être focalisé sur une partie du flux sensoriel. Le choix conscient de sélectionner une partie des informations qui nous

sont données, permet une concentration dans la tâche choisie, qu'on peut résumer par « **Cécité attentionnelle** ». (Académie Aix- Marseille -Quels apports des sciences cognitives dans les apprentissages ? 2018, P-41). Cette concentration permet un maintien plus long dans le temps de la concentration en s'appuyant à effectuer tâche par tâche ce qui nous est demandé.

L'attention divisée est un le dernier type d'attention, qui se définit comme « *le maintien de la concentration pour réaliser deux tâches simultanées* » (Académie Aix- Marseille -Quels apports des sciences cognitives dans les apprentissages ? 2018, P-50). Pour qu'elle soit possible, il faut que les tâches se ressemblent, qu'elles soient au même niveau de difficultés, que l'exécutant soit expert d'une tâche ou des deux, ou enfin qu'il soit possible d'automatiser l'une des 2. Dans ce cas de figure ce sont souvent des tâches habituelles qui peuvent être maîtrisées simultanément.

Des distractions externes ou internes peuvent bouleverser ces concentrations. Les soignants comme tous les êtres humains, sont en incapacité d'être concentrés de façon continue. L'augmentation de stimulations ou de ressentis affecte encore d'avantage cette capacité. Dans l'exercice de leur fonction, les infirmiers ont un taux très élevé d'interactions et d'informations, qui majore le risque d'interruptions et de fatigue cognitive. Cette fatigue amène à une baisse significative de la concentration dans les tâches quotidiennes.

Ces interruptions fréquentes sont une réelle menace pour la qualité des soins. Dans leur article publié dans la revue Soins Cadres, Caroline Balland, Karima Rhamen et Anne- Laure Ancillon « *L'infirmière dédiée aux interruptions de tâches, un maillon essentiel* » pointent une organisation de soins par nature perturbée. Les soignants qui évoluent dans un service hospitalier sont d'autant plus vulnérables lors d'une interruption de tâche. Les soignants témoignent dans cette étude d'une lassitude de par la désorganisation de leurs journées et la hausse de potentiels dangers sur les actes faits aux patients.

On comprend que les interruptions de tâches sont une cause majeure de l'altération de la bonne prise en charge des patients en milieu hospitalier. Elles sont à l'origine de nombreuses erreurs qui nuisent aux patients et qui provoquent une charge psychologique très lourde pour le personnel hospitalier. D'après la HAS, dans 70% des cas, les IT sont la conséquence du « *Multitasking* » qui représente le fait de faire plusieurs choses en même temps. La concentration est altérée par le fait d'avoir plusieurs choses à faire qui ne se ressemblent pas, qui présentent un niveau de difficulté élevée pour le soignant et qui sont souvent présentées comme urgents par

l'entourage. Ces erreurs sont à l'origine d'événements indésirables dans la prise en charge du patient.

3.1.2. Le risque d'erreur liés aux interruptions de tâches

Un événement indésirable (EI) est défini par l'agence régionale de santé d'Auvergne Rhône Alpes comme « *Un événement non souhaité qui peut affecter la santé d'une personne, sa sécurité ou le bon fonctionnement au sein d'un établissement de santé ou médico-social* » (Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône Alpes-Evènements indésirables : savoir les qualifier au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux, 2025, Para 1)

Il est dit grave (EIG), quand il présente des critères de gravité (décès, mise en jeu du pronostic vital, séquelles permanentes). Les événements indésirables liés aux soins sont fréquents dans le milieu hospitalier. Dans une étude qui regroupe toutes les déclarations reçues par la Haute Autorité de Santé Française entre 2017 et 2023, on observe une forte augmentation. Cette étude s'appelle « abrEIGés » et s'appuie de rapports synthétiques annuels reprenant les événements indésirables associés aux soins. En effet en 2017, 288 Evènements Indésirables Grave Associés aux Soins (EIGAS) ont été déclarés. En 2023 on en dénombre 4083. La HAS souligne le fait que les erreurs ont été de plus en plus déclarées au fil de l'évolution de l'enquête ce qui peut expliquer cette forte croissance. L'existence certaine d'erreurs liés aux soins non déclarés est aussi à souligner. Dans cette étude, un échantillon a permis d'identifier ce phénomène, mais il n'est pas possible d'extrapoler une proportion d'EIGAS non déclarés à l'échelle de la France.

Ces événements indésirables ont pour origine plusieurs facteurs comme les erreurs humaines mais aussi les problèmes de logistiques, de sécurité et d'hygiène ou encore d'équipements. Ces événements indésirables, qu'ils engagent le pronostic vital du patient ou non, sont des enjeux de santé publique. Ils impactent les patients et les familles, mais aussi le milieu hospitalier car l'évolution défavorable des patients va entraîner des hospitalisation plus longue, l'utilisation de matériaux plus coûteux dans le cas d'événements grave qui pourraient nécessiter une prise en charge en réanimation ou en salle de déchocage. Les événements indésirables impactent également les professionnels de santé qui peuvent se blesser (matériel défectueux par ex) ou vivre de la culpabilité (erreur humaine).

Nicole Aubert sociologue et psychologue est l'auteur d'un livre intitulé « *Le culte de l'urgence* ». Elle décrit les changements de notre culture temporelle avec l'augmentation des technologies. La notion d'urgence collective dans nos sociétés qui se base sur une réactivité toujours croissante devient aussi le modèle de fonctionnement du milieu hospitalier. Les recherches et les descriptions de l'auteure sur les mouvements sociétaux dessinent un parallèle remarquable qui nous permet d'étudier les comportements des soignants. La notion d'urgence impacte leur organisation, leur prise en charge du patient et leur capacité de réflexion. Cependant, on tend vers des organisations de plus en plus rapides en lien avec le financement à l'acte. La notion d'urgence impacte la construction mentale comme le décrit Nicole Aubert « *A partir du moment où le fait de faire face aux urgences vous empêche de traiter les autres cases [...] il y'a un problème. Parce que vous n'avez plus de réflexion sur vous-même. Et, à ce moment-là, les urgences vont continuer à arriver mais votre capacité à faire face elle, va plonger* » (Aubert, 2010, P-77). La valorisation de l'action déstabilise le soignant mais aussi le patient, qui peut être non plus vu comme un individu dans sa globalité et sa personnalité propre, mais comme un objet d'exécution d'un soin.

Quand les interruptions de tâches apparaissent, dans des moments où la barrière entre les urgences réelles et relatives est déjà floue, cela augmente encore le flot d'informations que peut recevoir le soignant et donc les risques EIGAS.

Il existe selon un modèle de classification des EIGAS de l'HAS, 9 thématiques qui classent les erreurs ayant engendré des procédures d'intervention (Erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins, Actions du patient contre lui-même, Erreurs médicamenteuses, Erreurs liées à une procédure interventionnelle, Autres sans causes évidentes, Erreurs en lien avec la clinique et le diagnostic, Erreurs en lien avec une prise en charge obstétricale, Erreurs liées au matériel ou à l'infrastructure et enfin Erreurs liés à l'information et aux systèmes d'informations). Trois thématiques sur les 9 récoltent les plus hauts pourcentages de répartition des EIGAS. Sur le nombre total de déclarations renseignées dans cette étude qui a lieu entre 2017 et 2023, 28,5 % sont les erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins. Les actions du patient contre lui-même représentent 24,3% des prises en charge des EIGAS et enfin les erreurs médicamenteuses et iatrogène représentent 12,4 %.

Dans le cas d'erreurs médicamenteuses, elles peuvent survenir à chaque étape du circuit du médicament. Les infirmières endossent une très grande responsabilité, puisqu'elles donnent le médicament au patient et sont le dernier maillon de la chaîne de distribution du médicament. Un article de C. Demange et E. Thil, sur les conditions de travail dans un établissement hospitalier, compile deux études réalisées dans le même service, l'une en 2010 et l'autre en 2016, sur la cartographie des interruptions de tâches. Cette étude intitulée « *Interruptions de tâches chez les infirmières, expérience d'un centre hospitalier* » analyse les pratiques dans 4 services différents : chirurgie orthopédique, viscérale, médecine gériatrique et hépato-gastro-entérologie. Elle analyse les IT lors de la préparation et l'administration des médicaments.

Les résultats montrent 191 IT pendant 33 h 45 minutes d'observations soit 5,7 IT par heure. Il est précisé que les interruptions de tâches inférieures à une minute représentent 48,2 % des IT observées ; les IT entre une et cinq minutes représentent 47,6 %. Celles supérieures à 5 minutes sont moins fréquentes, à 4,2%. Ce sont donc des interruptions brèves dans la majorité des cas mais qui bouleversent malgré leur courte durée le personnel soignant. Celui-ci doit mettre en pause ce qu'il est en train de faire pour se concentrer sur la demande qu'on lui fait. Le fait que l'interruption soit de courte durée ne signifie pas que la qualité de la concentration du soignant n'est pas altérée, au contraire. Elle peut être ressentie comme peu gênante par l'agent qui ne perçoit pas d'altération objective de sa propre concentration. Ces interruptions de courte durée peuvent donc passer inaperçues pour l'entourage du soignant mais perturbent de manière certaine le bon déroulement de son organisation et de sa concentration.

Les demandes d'information sont le principal motif d'IT. En effet, le partage d'informations, les transmissions, les consignes et les documents à lire, fournir ou à remplir, représentent 74,9% des interruptions pour les infirmières ayant participé à cette étude. Ces demandes d'informations viennent des patients et leurs familles, mais aussi des collègues ou des médecins. Lors des visites, les familles s'enquière de l'état de leurs proches, expriment leurs inquiétudes, posent des questions sur le devenir des patients ou sur leurs traitements. Il faut pouvoir renseigner, rassurer, parfois faire face à de l'agressivité. En effet, ce temps d'échange est capital pour les familles ou les patients. Leurs émotions ne leur permettent pas de se percevoir comme distracteur d'une tâche à risque. Le soignant se retrouve à jongler entre les demandes et les tâches à accomplir et c'est dans ces moments que les erreurs sont plus à risque de se produire.

Les auteurs concluent que la fréquence des interruptions de tâches augmente de 5,4 à 6, 5 IT par heures, lors des visites, qu'elles soient médicales ou des proches du patient.

Les Aide soignants et les étudiants sollicitent également fréquemment les IDE : les demandes d'information ou de document sont à 65%, partage d'information 16%, et les demande d'aide pour un soins représentent 14%. Pour autant, le fonctionnement hospitalier s'appuie sur un binôme infirmier et aide-soignant, permettant une meilleure prise en charge du patient et le partage des tâches quotidiennes. Les demandes des aides-soignants malgré leur récurrence, sont primordiales car elles permettent le passage des bonnes informations et l'accord en commun sur une marche à suivre ou une organisation.

C'est également le cas lors des demandes des étudiants qui sont en formation et ont un besoin légitime d'être accompagnés, que ce soit dans l'organisation générale du service ou dans l'accomplissement de certaines tâches.

Enfin les médecins peuvent également être perturbateurs : demande d'information ou de document 38%, partage d'information ou de document 31%, don de consignes 31%, et dans ce cas les IT sont les plus longues, la majorité de ces IT interviennent sur le temps de la visite des médecins dans le service (54%).

Le téléphone est à l'origine d'un tiers des IT. Les appels téléphoniques surviennent généralement de l'extérieur de l'établissement, des autres services ou des médecins. Ils engendrent chez les soignants beaucoup d'agacement et de fatigue, avec le sentiment ressenti à tort, d'être la 1^{ère} cause d'IT, alors que ce sont les collègues qui sont les plus pourvoyeurs d'IT.

En conclusion de cette étude, dans ce centre hospitalier public de Contentin, 56,2 % des IDE décrivent avoir souvent été interrompues pendant la préparation des médicaments. Ces données ont provoqué de nombreuses réflexions (RMM : revue de Morbi Moratilté, CRex : Comité de retour d'expérience, Audits de bonnes pratiques, etc.) pour analyser et éviter des erreurs, notamment médicamenteuse qui peuvent être gravissimes. Pour analyser les erreurs dues aux interruptions de tâches, il faut analyser l'environnement, le contexte, les facteurs prédisposants et favorisant dans la survenue de l'erreur.

C'est selon le modèle de James Reason, que l'analyse des erreurs et de ce qui a pu les causer est basé. James Reason professeur de psychologie et expert humain est à l'origine de la modélisation d'un système complexe qui décrit la survenue d'un accident ou d'une erreur. Ce

modèle est composé de 5 types de défaillance dont la succession entraîne l'accident. La politique et l'organisation, les conditions de travail, le fonctionnement de l'équipe, les procédures opérationnelles et les défaillances liées aux exécutant, sont les différents types de défaillances. Le modèle est la base de celui développé spécifiquement pour le domaine de la santé en 1999.

La **méthode ALARM** regroupe 7 catégories de facteurs qui peuvent être défaillants. En s'appuyant sur le modèle de James Reason elle permet la recherche des causes profondes d'une erreur dans le domaine hospitalier. Cette identification permet d'éviter une autre erreur de ce type et de mettre en évidence les facteurs à risque de causer ou causant des accidents. L'analyse des événements indésirables de l'HAS liste les 7 catégories : **les facteurs liés au patient** qui regroupent les antécédents médicaux, l'état de santé, les traitements mais aussi la personnalité et le fonctionnement social et familial de l'individu. **Le facteur lié à la tâche à accomplir** : analyse les déficiences dans les résultats d'examens, les protocoles, la définition des tâches ou la programmation et la planification. Le troisième facteur de ce modèle **sont les facteurs liés aux professionnels de santé** comme la qualification et les compétences ou les facteurs de stress physique ou psychologique. **Les facteurs liés à l'équipe** comme la communication entre professionnels mais aussi avec le patient ou son entourage, les transmissions et alertes, la composition de l'équipe et la répartition des tâches ou encore l'encadrement et la supervision. **Les facteurs liés à l'environnement de travail** évoquent les locaux, les fournitures ou équipements, les effectifs ou l'informatique, le temps et la charge de travail. Mais aussi les éléments de **l'organisation et du management** comme la gestion des ressources humaines, la politique de management de la qualité, la sécurité, l'environnement ainsi que les ressources financières. Enfin **les facteurs liés au contexte institutionnel** regroupent les politiques de santé nationale puis régionale, les systèmes de signalements ou encore les circonstances sanitaires et climatiques dans lequel est plongé le centre hospitalier.

Tous ces facteurs et leur étude permettent une analyse profonde des événements indésirables qui sont le fruit de multiple dysfonction dans une organisation.

Les interruptions de tâches augmentent le risque d'erreurs, qu'elles soient médicamenteuses ou liées à la prise en charge. Le développement des modèles d'analyses des erreurs médicales permet de comprendre et d'empêcher la survenue des événements graves. Les

interruptions de tâches sont étroitement reliées à la survenue d'événements indésirable, des déclarations trop peu faites ont pu cacher leur importance, mais c'est en train de changer

3.1.3 Qualité et sécurité des soins

D'un service à l'autre, d'un établissement à l'autre, d'un individu à un autre, l'organisation peut être différente. La compréhension de la situation de soins dépend du point de vue et de la sensibilité du soignant qui la vit. Plusieurs méthodes d'analyses décrites précédemment ont été mises en place s'appuyant sur des critères communs qui étudient les différents facteurs de survenue d'une erreur pouvant être causées par une interruption de tâche. Ces critères communs permettent une lecture objective de la survenue des erreurs et s'efforce de donner une organisation générale d'analyse dépassant la subjectivité de l'individu.

Dans le cadre de l'analyse des interruptions de tâche et de l'importance de réduire les erreurs liées aux soins la Haute Autorité de Santé (HAS) s'applique à mettre en place des outils de fonctionnement généraux qui visent à assurer la qualité et la sécurité des soins.

La démarche de qualité est d'abord mise en œuvre dans le milieu de l'industrie au cours du XXème siècle, les usines qui devaient produire leurs marchandises selon certains standards ont vu se développer des contrôles de qualité attestant du bon fonctionnement de l'établissement. A la fin du XXème siècle les domaines de l'aéronautique et du nucléaire, qui en pleine période de guerre froide, ont fait d'immenses progrès et développent le concept d'une culture de sécurité qui analyse les risques des pratiques et impose des démarches que chacun doit suivre à la lettre. C'est le début des « *Check-lists* » qui permettent une globalisation et une normalisation des démarches concernant la sécurité des agents. Le milieu du médical va s'appuyer sur ce modèle dans la prise en charge de la sécurité de tous dans les établissements. Il se concrétise également en 1999 avec la mise en place d'une Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé, sa fonction est de réguler le fonctionnement hospitalier public français. Enfin en 2004 la HAS devient l'organisme national en charge de la direction et de l'organisation commune des hôpitaux français. C'est par elle que l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins est faite.

L'OMS définit la qualité des soins comme « *correspondant à la mesure dans laquelle les services de santé augmentent la probabilité d'obtenir les résultats de santé souhaités et sont conformes aux meilleures données scientifiques* », avec 6 composantes (sécurité, efficacité, opportunité, centré sur le patient, efficience, équité) (OMS qualité des soins, 2026, Para 1) Cette définition permet de souligner l'importance d'obtenir des résultats toujours supérieur dans la bonne prise en charge des patient et la qualité de celle-ci. Les différents composants que l'OMS cite sont ceux qui permettent une qualité d'action et de prise en charge qui est notée et démontrée dans les établissements de santé.

La HAS définit la qualité des soins comme « *la capacité d'un établissement ou d'un professionnel à s'assurer des soins sécurisés, fondés sur des données probantes, une prise en charge centrée sur le patient et une organisation maîtrisée et évalué* », elle souligne également que « *C'est une démarche d'amélioration continue avec des certifications obligatoires pour les hôpitaux qui sont faites grâce à des indicateurs de qualités* ». (HAS , 2025, Para 1). Dans cette citation on peut retrouver l'importance d'une prise en charge collective et centrée sur le patient. Grâce à des évaluations fréquentes qui suivent une logique d'amélioration, la qualité des soins s'impose comme un élément structurel du fonctionnement hospitalier.

La sécurité est définie par le Larousse comme une « *Situation dans laquelle quelqu'un, quelque chose n'est exposé à aucun danger, à aucun risque* ». (Larousse, 2008, Para 1) Cette définition apporte aussi la notions de risques encourus par l'individu et non plus seulement la mise en danger. C'est cette particularité qui permet de mettre en lumière l'importance de la gestion des risques, notamment dans le milieu hospitalier.

La HAS définit la sécurité des soins comme « *La réduction de tout risque de préjudice évitable subi par le patient. Elle a pour ambition première d'éviter toute inversion du bénéfice/risque à se faire soigner [...] C'est un ensemble de manières de faire et de penser qui contribuent à la sécurité du patient et qui sont partagées collectivement au niveau de l'organisation des soins (équipes, établissements, structures de ville, etc.) et plus largement par la société.* » (HAS- comprendre la sécurité du patient, 2022, paragraphe 1 : culture de sécurité des soins). Cette définition large apporte un éclairage sur plusieurs particularités de la sécurité des soins, en effet elle s'applique pour chaque individu dans une notion de collectif et d'organisation sociétale. C'est désormais une culture de sécurité qui permet l'analyse et la mise en place d'une

organisation hospitalière de plus en plus attentive aux notions de sécurité et de tout ce que cela implique.

La qualité et la sécurité des soins s'impose donc une démarche qui correspond à la capacité du système de santé de proposer des prises en charge et des soins qui sont accessibles, sécurisés et toujours avec la volonté de mettre le patient au centre de l'approche soignante. Dans cette démarche on peut souligner une volonté d'éviter les risques en s'appuyant sur des revues scientifiques et sur des enquêtes internes. Elle présente plusieurs dimensions de fonctionnement, elles s'appuient du modèle de la roue de Deming.

Ce modèle né dans les années 1950 est constitué de quatre étapes précises : PDCA (Plan, Do, Check, Act). Cette technique d'abord utilisée dans les entreprises pour augmenter leur production et leur compétitivité est ensuite développée dans le monde médical. Les étapes se déclinent de la façon suivante :

Plan en anglais est l'équivalent français de Planifier, il s'agit de mettre en place une stratégie d'action basée sur l'analyse et l'identification d'un problème dans le fonctionnement. Cette planification repose sur des outils d'analyse des défaillances et de leurs causes. Dans cette volonté de visualiser de manière la plus proche du réel les conditions d'apparition d'une défaillance, le milieu hospitalier s'appuie sur des outils d'analyses comme des diagrammes et notamment celui d'Ishikawa qui permet de catégoriser les différents facteurs qui influencent la survenue de défaillances.

Do en anglais signifie Faire. C'est la deuxième étape du modèle de Deming, en effet après l'analyse des situations présentant des défaillances et la réflexion amenée sur celles-ci, des actions doivent être mises en place pour contrer les situations qui peuvent représenter un danger ou une défaillance majeure. La seconde étape s'appuie donc sur la mise en place d'actions pour contrer les situations problématiques. Dans le domaine de la santé les méthodes d'analyses comme celle de « Pareto » qui donne une priorité aux problèmes rencontrés ou celle de « QQQQCP : Qui, Quand, Ou, Quoi, Comment, Pourquoi ? » qui permet une organisation globale et claire de la situation, sont beaucoup utilisées.

Check, en français : Vérifier est la troisième partie du modèle. Elle consiste à mesurer les résultats obtenus par les actions menés. Cette étape permet une visualisation complète des situations et des actions mise en place. Une analyse pluriprofessionnelle permet souvent une

critique objective des actions réalisées, qu'elles soient positives ou négatives. Dans le milieu hospitalier pour pouvoir mesurer les résultats et évaluer l'impact des actions, plusieurs outils sont utilisés comme l'IQSS (Indicateur Qualité, Santé et Sécurité) qui est constitué de nombreux indicateurs mis en place par la HAS pour évaluer selon les spécialités et les établissements les pratiques des professionnels de santé. Il existe également des « *Audits* » qualités, qui s'appuient à vérifier la conformité des pratiques en se basant également sur plusieurs méthodes d'évaluations différentes.

Enfin **Act** représente la dernière partie du modèle, il se traduit en français par le mot Agir. C'est dans cette étape que des mesures d'ajustements peuvent être apportés en cas de besoin si certains des points abordés dans les parties précédentes, ne sont pas performants. Cette étape permet donc une analyse profonde a posteriori des actions menées. Dans le cas d'un fonctionnement qui a atteint tous les objectifs fixés, cette étape permet de stabiliser les actions et d'apporter un modèle d'inspiration sur lequel s'appuyer dans l'optique d'une amélioration continue. Dans le modèle hospitalier des outils différents ont été développés pour cette étape, c'est notamment le CREX (Comité de retour d'expériences), la RMM (Revue de morbidité et de mortalité) ou encore les relevés de signalements d'événements indésirables.

La qualité des soins repose donc sur une organisation des établissements de soins qui s'appuient sur une culture de la sécurité et de la gestion des risques solide. Ce qui permet un engagement des équipes et une identification proactive des défaillances. Les discussions pluridisciplinaires permettent une vision large et sous différents angles des défaillances dans l'organisation des soins. Les formations apportées assurent aussi un développement des compétences pour les professionnels de santé et s'appuient sur des évolutions permanentes.

Tous ces points sont à l'origine d'une amélioration continue des soins et des pratiques qui sont en constantes évolutions grâce aux technologies et aux avancées scientifiques modernes. Chaque établissement est visité par les évaluateurs de la Commission de Certification de la HAS. Ils évaluent de critères précis et adaptés, qui regroupent dans les grandes lignes, l'évaluation de l'existence de pratique pouvant nuire à la sécurité du patient mais aussi du professionnel, le repérage d'insuffisances des indicateurs qualité et sécurité des soins. Mais aussi le repérage d'anomalies sur des critères impératifs tels que ceux mis en place pour le bloc opératoire ou la réanimation. La HAS s'applique à noter les établissements de santé selon 4 niveaux. Un

établissement certifié peut être certifié avec mention qui représente la plus haute qualité des soins, être certifié, certifié sous conditions avec une nouvelle visite entre 12 et 18 mois et enfin non certifié. Ces certifications apportent une évaluation objective des pratiques dans les établissements de santé et ont pour but de garantir la qualité et la sécurité des soins.

3.1.4 La destinée manifeste des soignants

La notion de destinée manifeste d'abord utilisée en géopolitique présente un parallèle avec le fonctionnement soignant. En effet en s'appuyant sur le dictionnaire universitaire en ligne « Merriam-Webster » qui définit la notion de destinée manifeste comme « *un événement futur accepté comme inévitable* » (Merriam Webster, 2026, para 1) le parallèle se forme.

Cette définition peut être étendue aux interruptions de tâche. L'article « *Comment réduire les interruptions de tâches lors de la préparation des médicaments ?* » publié dans la revue de l'infirmière et écrit par Emilie Deloison *et al.* Cet article cite en détaillant les interruptions de tâche que « *Les soignants y sont particulièrement sujets aux cours de leurs pratiques, et beaucoup considèrent que les IT font partie de leurs métiers* » (Deloison, Bataille, Léon, Saint-Lorant., 2020, P-43). Grâce à cette citation on peut mettre en lumière que la majorité des soignants ne sont pas attentifs ou minimisent le nombre d'interruptions de tâches, la majorité des soignants considère même l'interruption de tâche comme inhérente à leur pratique. C'est dans ce cadre que la notion de destinée manifeste peut être appréhendée. Les soignants ont intégré dans leur façon de fonctionner et dans leur prise en charge que les interruptions de tâches sont une partie de leur métier. L'analyse des interruptions de tâches dans le milieu hospitalier est récente et parfois encore méconnue de la majorité du personnel soignant. Dans une journée de travail type, très peu de soignants sont attentifs au nombre d'interruptions qu'ils subissent. Les différentes tâches doivent être effectuées malgré des contre temps tels que les interruptions. Et les professionnels n'ont presque jamais le temps d'analyser leurs état physique et mental à la suite de ces interruptions.

Les établissements de santé se focalisent surtout sur l'augmentation des erreurs dans la prise en charge des patients. Le cadre juridique concernant la place des interruptions de tâches

dans les erreurs menant à un préjudice pour le patient est encore flou. En effet si l'interruption de tâche est définie et abordée de plus en plus fréquemment dans les écrits de la HAS, il n'existe pas de réglementation pour pallier à leur survenue. L'article « *Interruption de tâche, quelles responsabilités pour le cadre de santé ?* », écrit par Gilles Devers un avocat et Docteur en droit qui retrace le cadre juridique des interruptions de tâches. Dans son article l'auteur écrit « *Il n'existe pas de textes, c'est-à-dire loi ou décret, qui définissent la notion d'IT, et l'on ne trouve pas non plus dans la jurisprudence des décisions connues et publiées qui fassent référence sur le sujet* » (Devers, décembre 2019, P-24). Cette citation met donc en lumière un certain vide juridique concernant l'interruption de tâche, en effet si la HAS et les différents établissements de santé s'appliquent à donner une importance de plus en plus grande à ces notions, le cadre purement juridique n'a pas encore statué clairement. Les obligations juridiques des soignants, la responsabilité qui peut concerner celui qui fait l'erreur ou celui qui interrompt de façon consciente un soin, la responsabilité de l'établissement ou de l'individu sont autant de notion qui restent floues. Malgré cela la HAS qui régit le fonctionnement hospitalier a publiée en mars 2016 un guide intitulé « *Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments – L'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments* ». Ce guide fait office de recommandations concernant les interruptions qui peuvent prendre se dérouler au moment de la distribution médicamenteuse, ce n'est jamais obligatoire mais cela permet d'avoir des indications et des possibilités d'analyse lors d'une interruption. La HAS propose également des outils comme des gilets jaunes fluorescent avec une demande inscrite de ne pas être dérangé ou la mise en place d'actions comme la fermeture des salles de soins ou l'isolement du soignant lors d'un calcul de dose.

Dans le cadre de l'absence de réglementation spécifique aux interruptions de tâche, les professionnels doivent être informés et attentifs à ces interruptions, notamment dans des moments à risques tels que la distribution des médicaments. Cette différence entre le travail prescrit et le travail réel provoque beaucoup de difficultés pour les professionnels de santé. Et la notion de destinée manifeste concernant les interruptions de tâche est donc encore très présente chez les soignants. C'est par une analyse individuelle mais aussi organisationnelle que les solutions et les corrections sont apportées dans les hôpitaux. Il semble donc absolument souhaitable d'arriver à une réglementation spécifique concernant les interruptions de tâches.

3.1.5 Atteintes physiques et psychologiques des soignants

Les interruptions de tâches comme décrites précédemment représentent une charge mentale importante pour le personnel soignant qui n'en a pas forcément conscience. Leur influence sur la qualité des soins a été démontrée précédemment. L'impact du stress vécu de façon quotidienne par les soignants peut être observé à différents niveaux, et engendrer des risques pour les patients et pour le personnel soignant. La notion d'échelle est souvent abordée à l'évocation du terme de stress.

Les soignants dans l'exercice de leur fonction au quotidien sont interrompus pendant des moments de concentration. Une étude de l'université de Montpellier menée par Sibylle Turo docteur en psychologie cognitive et Anne Sophie Cases Professeur à l'université, sur l'impact des interruptions numériques dans notre quotidien explique dans un passage la conséquence sur la concentration des interruptions. En effet elles citent « *Les interruptions engendreraient une augmentation de 27 % du temps d'exécution de l'activité en cours* » (Science-société, 2024, Para 1). Cette augmentation du temps d'exécution augmente par la même occasion le stress engendré par les soignants ainsi que la fatigue cognitive dont ils souffrent déjà. La concentration est la clé du bon déroulement de tâches complexe dans le monde du soin mais c'est aussi elle qui impacte la notion de stress ou de fatigue.

L'étude des différents facteurs et des définitions de stress, de burn-out et le processus dynamique à court, long ou moyen terme permet d'éclaircir le sujet. La notion de stress est largement employée au quotidien, dans les conversations ou dans la description de comportements pathologique. Le livre de Stella et Jacques Choque, intitulé « *Soignants : Stress apprendre à le gérer* » décrit la notion de stress et ses particularités.

Tout changement d'environnement qu'il soit positif ou négatif déclenche un stress au niveau de l'organisme, ce stress peut être d'ordre physique, émotionnel ou sensoriel. La notion de stress dans le fonctionnement humain est indispensable, il représente le moteur qui a permis une adaptation aux cours des siècles dans des conditions parfois très difficiles. Le stress est défini par le docteur S. Bensabat qui cite son maître Hans Selye comme « *La réponse non spécifique de*

l'organisme à toute demande qui lui est faite » (cité par Choque, 2007, P.-9). Cette définition permet de souligner la réaction très individuelle que peut entraîner le stress sur les individus.

Chaque personne présentera des réactions différentes à une situation similaire, que ce soit dans le cadre d'un stress positif ou négatif. Cette particularité influence grandement la capacité d'analyse soignants dans une situation qui peut représenter un stress pour eux. Il n'existe pas de « bonne » façon de réagir, il ne peut exister que notre façon de réagir en tant qu'individu se retrouvant face à une situation donnée. Le stress quel qu'il soit et quelle que soit la manière qu'à l'individu de le gérer, demande une adaptation psychologique et une réflexion active pour adapter le comportement qui va suivre la demande faite.

Les recherches de Hans Selye, docteur du XXème siècle et pionnier dans les recherches concernant le stress, ont permis de théoriser le **SGA : Syndrome Général d'Adaptation**. L'étude du Docteur Selye porte sur les réactions de l'organisme lors de l'apparition d'un stress aigu, et met en lumière l'importance des différents organes comme le système nerveux ou les glandes endocrines, ainsi que les hormones qui influencent grandement la réaction de l'individu. Le SGA peut être analysé selon trois phases distinctes. Cette analyse a été menée dans l'ouvrage de Stella et Jacques Choque.

La phase d'alarme représente la première phase, c'est une phase de surprise où l'organisme au complet doit analyser l'information qui se présente à lui. C'est une préparation du corps dans le cas d'un besoin de réaction urgente. Le rythme cardiaque augmente, les sens sont en alerte, le taux de cortisol et d'adrénaline augmentent dans la circulation sanguine, la fréquence respiratoire s'accroît. Le tout permet à l'organisme de se mouvoir rapidement si la situation le demande. Cette phase va se traduire de différentes manières selon le vécu et la construction de l'individu. Certains auront tendance à se figer, d'autres seront submergés par des excès émotionnels, ce qui va modifier la capacité de réaction et la forme qu'elle va prendre. Elle n'est pas durable dans le temps.

La phase de résistance est la seconde phase, le corps met en route les mécanismes d'autorégulation avec des modifications hormonales, organiques, qui vont permettre une production de cortisol. L'énergie demandée par l'organisme durant cette phase est considérable, et si elle se prolonge, une fatigue intense apparaît. L'individu ne peut pas gérer plusieurs stress importants en même temps car le besoin en énergie est trop élevé.

Enfin la **phase d'épuisement** représente la fatigue de l'organisme confronté à des facteurs de stress à moyen et long terme. Cette phase peut se traduire par des atteintes corporelles comme des blessures ou des infections à répétitions, mais aussi par des atteintes psychique ou psycho-sociales. Si cette phase peut être plus ou moins durable, avec une évolution progressive, elle peut aussi s'exprimer de manière brutale pour certains individus.

Les symptômes liés au stress sont nombreux et variables selon les cas : troubles du sommeil, fatigue constante, troubles digestifs (nausées, spasmes, ballonnements, diarrhées, constipation...), chute brutale de cheveux, contractures musculaires, eczéma, troubles gynécologiques (comme un retard de règles pour les femmes) ou encore hypertension artérielle. L'organisme peut faire face au stress aigu, mais les pathologies peuvent s'installer en cas d'exposition chronique.

Le Burn Out est défini par le site du gouvernement français comme « *un épuisement professionnel lié à une surcharge de travail, souvent combinée à un surinvestissement personnel* » (Info-Gouv Site officiel du gouvernement, 2025, Para 2). Il intervient dans les cas de surexposition chronique à un stress.

Pierre Canouï, psychiatre, psychothérapeute et Docteur en éthique médicale et Aline Mauranges, psychologue clinicienne sont les auteurs de l'ouvrage intitulé « *Le Burn-out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants* ». Cet ouvrage décrit les caractéristiques du syndrome d'épuisement professionnel. Ils mettent en évidence que l'épuisement professionnel présente des signes cliniques non spécifiques ce qui le rend difficilement discernable. Ces signes peuvent avoir des retentissements au niveau physique, comportemental, sexuel ou psychique des soignants. Sur le plan physique, une fatigue continue, des céphalées, des troubles digestifs, des infections prolongées ou répétés comme des états grippaux, des infections urinaires, des troubles du comportement alimentaires...Ce sont autant de signes d'épuisement qui varient d'un individu à l'autre. Ces troubles fonctionnels vont modifier la santé des soignants, leur capacité de concentration et d'adaptation, mais aussi l'impact de leur travail dans leurs vie personnelle. On peut décrire aussi des manifestations inhabituelles comme une hausse de l'irritabilité, une surexpression des émotions comme la colère ou les pleurs, qui deviennent plus fréquents, mais aussi une attitude qui peut être détachée ou cynique envers l'entourage ou sur le lieu de travail.

La posture des soignants auprès des patients reflète leur état de santé, qu'il soit psychique ou physique. L'évolution vers des attitudes inadaptées ou le manque de rigueur peut-être, au même titre qu'un acharnement au travail, un signe d'épuisement professionnel. Les auteurs évoquent le fait que la spécificité des signes cliniques est d'une grande complexité, avec l'intrication des éléments de contexte, de l'individualité de chacun. Le Burn Out présente une symptomatologie qui pourrait avoir sa place dans plusieurs tableaux cliniques différents. Pierre Canouï et Aline Mauranges écrivent que « *L'intérêt et le grand mérite du travail de H. Freudenberg ont été : d'avoir attiré l'attention sur le terme de burn-out qui semblait décrire un état clinique qu'aucun autre terme de la psychiatrie ou de la psychologie n'arrivait à résumer, d'avoir montré qu'il touchait des personnalités engagées dans la relation d'aide et qu'il s'agissait de troubles progressivement acquis* » (Canouï, Mauranges, 2015, P 12-13). Cette citation permet de souligner la définition apportée antérieurement. Elle décrit parfaitement les dimensions du burn-out et met en lumière la notion d'engagement dans la relation de soins. La capacité de traitement des émotions ou des douleurs des patients est affaiblie et déclenche un mal être chez les soignants. Mais c'est avant tout l'engagement dans la relation de soin au détriment de soi qui est à l'origine de ce mal être. L'autre implique un engagement complet et singulier de soi. Dans la volonté de définir le syndrome d'épuisement professionnel les auteurs ont déterminé trois dimensions qui pourraient permettre de reconnaître et de comprendre les symptômes.

L'épuisement émotionnel constitue la première dimension, il est autant physique que psychique et implique un retrait émotionnel de l'individu. Celui-ci n'est plus en capacité d'accueillir l'émotion de l'autre et peu présenter une incapacité à exprimer ses émotions. On peut même identifier une froideur et un détachement inhabituel lors de situations émotionnelles. Paradoxalement, des états de crises émotionnelles peuvent également être observés avec des crises de larmes ou de colère. Cet état est généralement accompagné d'une fatigue importante, latente, qui ne semble pas être améliorée par le repos.

La déshumanisation de la relation avec le patient apparaît comme la seconde dimension du syndrome d'épuisement professionnel. Elle se compose d'un détachement, d'une perte de compassion, d'une indifférence concernant le malade qui n'est plus considéré que comme un objet nécessitant des soins. Résultant d'une volonté de distanciation du soignant par rapport au patient, cette caractéristique constitue le cœur du syndrome de d'épuisement. L'installation

progressive de cet état met en lumière la chronicité du mal être soignant avec une volonté de protéger son intégrité psychique.

Enfin la **diminution de l'accomplissement personnel** est une conséquence des deux autres dimensions et s'exprime par le sentiment de ne plus être capable de mener à bien sa fonction, de ne pas être efficace. Un ressenti important d'échec entraîne l'apparition de la dévalorisation de soi. Les conséquences sont changeantes d'un individu à l'autre, elles peuvent inclure un désinvestissement, une démotivation, un absentéisme, une culpabilité latente ou une attitude de fuite du lieu de travail. Mais de façon paradoxale, les auteurs décrivent que dans certains cas les soignants présentent une attitude de surinvestissement, ils se présentent plus tôt sur leur lieu de travail et en partent plus tard. Ils ressentent un besoin de satisfaire cette impression qu'ils sont efficaces, c'est une façon aussi de combattre leur ressenti d'échec ou de dévalorisation de soi.

Le Burn out ou syndrome d'épuisement professionnel est ainsi dû à l'accumulation sur une période de deux à cinq ans, selon les auteurs, de facteurs de stress importants qui apportent une fatigue psychique et physique responsable d'un épuisement à long terme.

La spécificité du métier de soignant est aussi un facteur important. En effet le soignant est considéré capable « d'encaisser » des situations extraordinaires qui génèrent des émotions fortes, du stress. Le traitement des informations importantes en flux continu, et une évolution défavorable d'un patient qui peut être rapide, nécessite une connaissance parfaite des procédures et des actes à effectuer, ce qui rajoute à la surcharge cognitive. La documentation concernant le Burn out est en constante évolution et s'applique à décrire un phénomène de société qui impacte grandement les hôpitaux.

3.2 Relation soignant soigné

Nous avons vu que les interruptions de tâches peuvent avoir lieu dans de nombreuses situations et peuvent être à l'origine d'erreur. Dans de nombreux cas cette interruption intervient dans un contexte de relation entre le soignant et le soigné. L'interruption peut intervenir lors d'un échange important avec le patient, ou lors d'un soin technique. Quelle que soit l'interruption et le

moment dans lequel elle apparaît, elle peut considérablement impacter la relation de soin qui lie le soignant et le soigné. Nous allons aborder et caractériser cette relation de soins.

3.2.1 Définitions

De nombreuses définitions de la relation soignant-soigné existent, certaines se basent sur une approche scientifique, d'autres sur une approche philosophique et d'autres encore développent la dimension sociale de la relation de soin.

Le Larousse définit la relation soignant-soigné comme « *Le lien établi entre le professionnel de santé (le soignant) et la personne bénéficiant des soins (le soigné)* ». (Larousse, 2008, para 1) L'aspect général de cette définition permet de poser le cadre de la relation de soin. C'est une relation qui a la particularité de se construire entre deux inconnus, l'un est un professionnel qui exerce son métier et l'autre est celui qui bénéficie du savoir du professionnel. Les notions de temporalité ne sont pas abordées, cette relation peut donc prendre forme dans n'importe quelle condition. Que ce soit dans un service d'urgence qui prend en charge de manière brève ou dans un EHPAD qui accompagne les moments de vie pendant un temps plus long, la construction de cette relation est possible dans de très nombreuses situations.

Carl Rogers, psychologue humaniste définit la relation soignant-soigné comme « *une rencontre authentique et empathique* » (Safe Team Académie, 2025, Para 2). Cette définition évoque l'aspect émotionnel de la relation de soin qui relie deux personnes grâce à un lien vrai et sincère, qui est possible en présence d'empathie. Dans cette citation, l'aspect émotionnel commun à l'Humain est mis en lumière et apporte un autre éclairage sur la relation de soin.

La Haute Autorité Sanitaire Française définit la relation soignant soigné comme « *S'appuyant sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps* ».(HAS-démarche centrée sur le patient, 2015 ; Para 1). Cette définition apporte la notion de partenariat avec le patient qui est acteur de sa prise en charge, mais aussi d'un accord entre l'équipe pluriprofessionnelle et le patient. La relation de soin est souvent créée au sein du milieu

hospitalier, qui offre un grand panel de métiers et de professionnels différents. La construction d'une relation à multi facette est donc soulignée par cette définition. La HAS aborde aussi une notion de temporalité avec un ajustement au cours de l'évolution de la pathologie ou des soins dont le patient a besoin. Le corps humain évolue tous les jours et la relation elle aussi se développe au cours de la prise en charge du patient.

Dans la conception de la relation, les notions de **bienveillance** et de **bientraitance** soignante s'imposent comme celles qui au-delà de construire la relation de soin, la font exister en tant que telle dans le milieu hospitalier. L'ANESM (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux) définit dans un communiqué de recommandations de bonnes pratiques professionnelles la notion de bienveillance : « *La notion de bienveillance, plus récente dans sa déclinaison professionnelle, se situe au niveau de l'intention des professionnels. Elle consiste à aborder l'autre, le plus fragile, avec une attitude positive et avec le souci de faire le bien pour lui. En outre, parce qu'elle comporte la dimension de veille, cette notion revêt aussi bien un caractère individuel que collectif. De ce concept, il convient de retenir l'importance de l'intention envers l'autre, intention que viendront soutenir et expliciter le projet individuel d'accompagnement et le projet d'établissement et de service* » (ANESM Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, 2008, P-12). Cette définition met en lumière l'importance du positionnement des professionnels de santé. En effet une prise en charge bienveillante soutient le patient au-delà de la dimension pratique du soin.

Un autre terme est aussi beaucoup abordé dans les relations a l'autre : c'est celui de la bientraitance. La Bientraitance est définie par le Robert comme « *Fait de traiter quelqu'un avec respect et humanité.* » (Le Robert, (s.d), Para 1) Dans cette définition on peut retrouver encore des termes qui font références au fait de considérer l'autre avec tout ce qui fait notre humanité. Ces définitions différentes permettent d'avoir une représentation globale de ce que peut signifier la relation soignant-soigné, c'est en effet une notion qui se situe au croisement de plusieurs concepts.

Jacqui Schneider-Harris est l'auteur de l'article « *Conselling centré sur la personne et non directif et la relation soignant-soigné* » L'auteur est directeur de l'association ACCES Marseille qui forme les professionnels sur l'approche du Conselling. La notion de **Conselling** se définit comme « *une approche de la relation thérapeutique qui propose un accompagnement relationnel*

favorisant la confrontation avec les problèmes réels de la vie courante et qui s'appuie sur la recherche des ressources internes et externes pour y faire face ». (Schneider-Harris, 2007, P-52)

Cette définition représente le Conselling dans sa volonté de créer un lien puissant avec le patient et d'apporter une aide dans la globalité du vécu de sa maladie. Le Conselling représente la volonté soignante d'accompagner le patient et ses proches tout au long de sa prise en charge pour n'importe quelle pathologie.

Jacqui Schneider-Harris s'applique également à définir les conditions nécessaires permettant de définir une relation thérapeutique. Il cite Carl Rogers, un psychologue qui est l'un des premiers à théoriser la relation de soin. Les trois critères essentiels à la construction d'une relation de soin sont **l'empathie, la congruence et le regard positif inconditionnel** du soignant.

L'empathie est une recherche de la part d'un individu, de la compréhension du vécu de l'autre. L'empathie s'appuie sur des réactions émotionnelles forte, c'est une tentative de voir le monde du point de vue de l'autre en considérant son histoire de vie. L'empathie est décrite par l'auteur comme un échange qui passe par des gestes ou des mots et qui permet au soignant de transmettre au patient ce qu'il a compris de sa situation et de l'impression qu'elle provoque sur lui. De ce fait le soignant peut encourager l'échange et permettre au patient de se livrer sur son vécu présent et passé. L'empathie est un atout majeur dans la prise en charge des soignants, elle permet la compréhension et les enjeux que représente le vécu du patient sur sa maladie, mais aussi sur sa personne et son environnement. C'est grâce à l'empathie que le soignant est en capacité d'avoir tous les éléments pour analyser les freins et les facteurs qui pourront avoir un impact sur la démarche thérapeutique globale du patient.

La congruence représente le second point, elle s'explique comme la capacité de l'individu de prendre conscience de sa propre personnalité, de ce qu'il représente, de ce qu'il est. La connaissance et l'acceptation de soi permettent aussi de rencontrer l'autre dans sa singularité. La congruence permet un lien réel entre des personnalités différentes qui se revendiquent comme tels. Ce lien permet aux soignants d'accompagner au mieux les patients durant leur prise en charge.

Enfin le regard positif inconditionnel représente le dernier point développé par Jacqui Schneider-Harris. Le positionnement du soignant dans un relation de soin est le cœur de cette relation. En effet, l'attitude qui respecte les valeurs, les histoires et les ressentis de chaque personne, et qui prend en compte la globalité de celle-ci pour la soigner dans les meilleures

conditions, est primordiale. C'est le regard positif et la bienveillance que va apporter le soignant qui permettra à certain moment au patient de reprendre confiance en lui et de maintenir son adhésion thérapeutique. Le patient n'est pas considéré comme ignorant, c'est au contraire celui qui connaît le mieux sa situation, celui qui ressent les douleurs ou les émotions, celui qui est concerné par les soins.

Le Counselling amène la conviction que **le patient est expert de son propre sujet**. Le soignant en le considérant pleinement grâce à l'empathie, la congruence et le regard positif inconditionnel permet la création de la relation de soins.

Les définitions d'une relation de soins peuvent être multiples mais elles sont toutes construites de la même manière. La relation thérapeutique est un lien étroit qui peut se créer dans une temporalité courte, moyenne ou longue et qui relie les êtres humains que sont le soignant et le patient, dans des situations singulières qui appellent à l'humanité de chacun. C'est par ce lien que les soins sont possibles, c'est par ce lien que le patient adhère aux thérapeutiques proposées, c'est par ce lien si particulier que depuis des siècles, nous sommes en capacité d'apporter du soin et de soulager. La relation de soin est donc une approche du soignant qui sollicite plusieurs dimensions. Ce lien est possible aussi par le fait que le soignant considère le patient dans la globalité de son être.

3.2.2 Prise en charge globale du soin

Nathalie Dugravier-Guérin est l'autrice du livre « *Relation de soin : Approche éthiques et philosophiques* ». Dans cet ouvrage l'auteure s'applique à cerner la relation de soins et à décrire de la manière la plus fidèle possible la réalité du vécu peut-être du côté patient, ou du côté du professionnel de santé. L'auteur cite « *La matière du corps a besoin de l'esprit pour être humain et l'esprit du corps a besoin de sa matérialité pour exister, agir, vouloir être soigné [...]* Cette unité est indissociable entre la dimension matérielle et la dimension spirituelle du corps » (Dugravier-Guérin, 2010, P 44). Cette phrase permet de mettre en lumière l'incapacité du corps à fonctionner sans l'esprit et inversement. Dans ce contexte les soins apportés ne peuvent avoir

effet sur le patient que lorsque la globalité de son fonctionnement esprit et corps est pris en compte et interrogé.

On parle dans la relation de soin de ses deux niveaux corporel et relationnel, grâce aux mots Cure and Care :

Cure qui correspond en français au mot « guérir », permet de rassembler les notions du médical : traitements médicaux, corporels, tout ce qui peut être amené pour soulager les souffrances de l'organisme. C'est notamment par ce concept qu'on désigne la prise en charge hospitalière qui s'applique à trouver et à guérir les pathologies organiques.

Care est défini en français comme « se soucier », dans ce cas c'est avoir du souci pour l'autre, être concerné par son état. Cette notion aborde le lien plutôt sentimental, la notion de l'esprit et du vécu dans la prise en charge, la volonté de compassion du soignant. Cette approche surtout philosophique permet de mettre le patient au cœur de la prise en charge. Ces deux concepts reprennent les idées de Nathalie Dugravier- Guérin qui argumentent sur l'incapacité d'une bonne prise en charge sans une liens étroit entre ces deux notions, ces deux prises de consciences.

Frédéric Worms est un philosophe qui a analysé les concepts du soin. Il a publié en janvier 2006 l'écrit « *Les deux concepts du soin* », qui aborde plusieurs thématiques de la relation de soin. En effet dans une organisation hospitalière qui devient de plus en plus technologique et qui dans une volonté de soin s'appuie sur les techniques médicales, l'auteur met en lumière l'importance de penser les relations de soins. C'est tout d'abord en se penchant sur la relation avec l'autre et ce qu'elle implique que le professionnel ne devient pas négligent envers autrui. C'est dans cette volonté d'analyse de la relation que Frédéric Worms définit deux concepts qui prennent place dans une même relation. La relation de soin est un lien entre le soignant et le soigné, ce lien prend des formes aussi différentes qu'il y a d'individu sur la planète. Pourtant ces concepts expliqués par l'auteur sont caractéristiques et commun à chacun, ils construisent les piliers d'une relation de soin.

« *Le modèle parental et la portée ontologique du soin* » (Worms, 2006, P-145) constitue le premier concept. Par cette phrase l'auteur explique et développe la notion de besoin primal qu'on prenne soin de lui, que ressent un individu lorsqu'il présente une maladie ou un

changement corporel. Ce besoin peut s'apparenter à celui du nourrisson qui est entièrement dépendant d'autrui pour se développer et survivre. Dans le contexte de la relation de soin il n'existe pas de positionnement « parent », « enfant », mais celui d'un professionnel considéré par le patient comme étant garant de sa sécurité et de son bien-être. Ce concept explique le besoin vital de l'individu, une priorité physiologique et corporelle mais aussi un besoin relationnel fort. Les soins purement médicaux sont bien sur obligatoires dans le cas de la prise en charge du patient mais l'auteur met en lumière la capacité du soin relationnel à être lui aussi un soin médical. En effet le patient est soigné mais se soigne lui aussi par la confiance qu'il place en soi et en autrui, et par l'impression d'être accompagné, considéré, encouragé. Les soins relationnels sont définis par Carl Rogers, un psychologue américain comme « *Etant une relation thérapeutique au sein de laquelle l'aidant(e) est essentiellement tourné(e) vers l'autre, vers son vécu, vers sa souffrance. Il s'agit d'un échange à la fois verbal et non verbal qui favorise la création d'un climat de compréhension et l'apport d'un soutien dont la personne a besoin au cours d'une épreuve. Il repose, bien sûr, sur la communication entre deux ou plusieurs individus.* » (cité par Angeli, Barbier, Calas, Couto, Fayoux, Gérard, Lebon, Le Pleux, Martin, Mitjavile, 2023, P 400-401). Cette citation appuie l'importance des soins relationnels dans la prise en charge du patient, de par la considération que le soignant apporte à l'autre mais aussi par une communication et un soutien inconditionnel. Les soins relationnels font donc partie de la relation de soins et la transforme en outils médical pour le patient.

« ***Le modèle médical et la dimension politique du soin*** » (Worms, 2006, P-150), constitue le second concept de Frédéric Worms. Il décrit le fait que le soin est tout d'abord la volonté de guérir l'autre et de ce fait de dissocier la pathologie pour pouvoir la traiter de manière la plus appropriée possible. La dimension du *cure* est donc le centre de la prise en charge. Il appuie aussi sur le fait que le soignant est celui qui soigne parce qu'il le veut. Cette posture soignante est celle qui va permettre au soigné d'entrer en relation également. Le soignant est celui qui sait, il connaît les termes techniques, réfléchit en fonction de son savoir. Mais la volonté du soignant d'allier la technique, le cognitif et la capacité d'empathie jouera un rôle clé dans la relation de soin. La volonté d'apprendre de l'autre, d'évoluer avec lui et pour lui est primordial. Ce positionnement est d'autant plus important qu'il apparaît dans une organisation institutionnelle qui distingue les deux rôles de patient et de soignant.

Frédéric Woms pense que la relation de soin qui se crée entre le soignant et le soigné comporte une grande partie d'éthique. En effet cette relation singulière, influencée par de nombreux facteurs est le résultat d'une articulation entre les deux concepts du *Cure* et du *Care*.

L'éthique est une base de la relation à l'autre. Le Larousse définit la notion d'éthique comme « *L'Ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un* » (Larousse, 2008, para 1). Le soin place le soignant devant une vulnérabilité importante d'autrui, peu importe la forme qu'elle prend. Cette vulnérabilité de l'individu fait écho aux ressentis des professionnels de santé, la détresse est un révélateur de ce qui est de plus profond, de plus humain chez le soignant. La notion d'éthique met en lumière la dimension morale de la relation de soin. Cette relation qui relie deux êtres à un temps donné, dans une situation particulière, c'est par ces relations et tout ce qu'elles impliquent que l'humanité se construit.

Cas particulier de la relation de soins en psychiatrie :

Les soins en psychiatrie correspondent à la prise en charge soignante face aux troubles psychiques qui peuvent être dus, à une maladie mentale ou à des moments de grande détresse psychologiques des patients. Les tâches comme la distribution des médicaments, les bilans sanguins ou les réfections de pansements côtoient les tâches plutôt spécifiques de la psychiatrie comme les placements en chambre d'isolement, les entretiens thérapeutiques ou les activités en lien avec une resocialisation. Tous ces actes et leur organisation sont faits par les soignants pour s'adapter au mieux aux pathologies et aux modes de fonctionnement bien spécifiques des patients qu'ils ont à charge.

L'article de Isabelle Chevalier « *Psychiatrie et interruption de tâche, une opportunité thérapeutique* », permet de décrire et de mettre en lumière l'impact particulier d'une interruption dans le cadre d'une prise en charge psychiatrique. L'auteure décrit un relationnel hors norme dans ces services où les patients au-delà d'une certaine vulnérabilité sont porteurs de troubles qui rendent leur insertion dans la société difficile. Ces difficultés peuvent être liées à des barrières comportementales, de l'agressivité ou une conception du monde totalement différente. L'accompagnement et la présence soignante est au cœur du soin et permet l'apparition d'un lien relationnel fort qui maintient le suivi de pathologies souvent chroniques, malgré leurs évolutions

fluctuantes dans le temps. De considérer en dépit de toute les opinion le patient tel qu'il est, de le considérer apte et citoyen au même titre que chaque humain fait, partie des grands enjeux d'une relation de soin en psychiatrie.

L'auteur écrit dans son article « *C'est le soin dans son ensemble. Car soigner ne se limite pas à une succession d'actions. Soigner c'est accompagner, prendre soin, écouter, rassurer, encourager, rencontrer l'Autre dans son humanité la plus profonde. [...] En psychiatrie, il tient une part prépondérante. Travailler en santé mentale, c'est faire face à la souffrance humaine, parfois même à la folie de l'homme avec pour seul outil son propre psychisme* » (Chevalier, 2019, P-21). Cette citation souligne l'importance d'une compréhension de l'autre dans le soin qui est valable pour tous les patients pris en charge, mais qui a une tonalité particulière en psychiatrie. Le soin est un enchevêtrement d'actions et de ressentis qui permet le soulagement du patient autant physique que mental. L'auteur appuie également sur le vécu du soignant en psychiatrie qui peut être confronté à des situations singulières liées aux contextes particuliers des pathologies psychiques. Le soignant en psychiatrie travaille grâce à une certaine sensibilité, une observation constante et une adaptation à toute épreuve qui évolue avec les besoins du patient.

Si la relation de soin en psychiatrie peut ainsi être bien plus impactée par des interruptions de tâches, celles-ci non pas toujours un impact négatif mais bouleversent souvent les patients, qui y sont confrontés lors d'un échange ou d'un entretien. En effet les notions d'échanges, d'attention, de considération du patient sont particulières et dépendent aussi de la pathologie. Le ressenti provoqué par des interruptions externes peut être gênant voir bouleversant. Les unités de soins en psychiatrie ont à cœur de structurer le quotidien des patients pour permettre à ceux-ci de trouver des repères stables et durables. Cette structuration est faite dans la majorité des cas lors de rituels comme la distribution des médicaments, les repas thérapeutiques ou encore l'organisation d'activités sur des temps précis. Une grande partie de la relation de soin s'établi grâce au maintien du quotidien rythmé par ces repères. Un bouleversement trop important par des interruptions de tâche fréquentes, peut amener les patients à se détacher des soignants et dans les cas extrêmes à refuser la relation de soin. Malgré cet aspect négatif des interruptions, l'auteure met aussi en avant des aspects positifs pour les patients de l'interruption, dans certaines mesures. En effet les repères fixes instaurés par le milieu hospitalier sont dans une grande partie des cas en vigueur le temps de l'hospitalisation du patient. Le rôle d'une grande partie des services de

psychiatrie est de pouvoir permettre une stabilisation de la pathologie du patient pour pouvoir lui permettre de vivre en complète autonomie dans la société. Les interruptions de tâche peuvent dans certains cas apporter des ruptures du rythme fixé par l'institution et permettre aux patients de pouvoir rebondir en s'adaptant aux imprévus, qui sont très fréquents dans la vie quotidienne. Ces interruptions peuvent donc être, constructives dans la réadaptation des patients, elles permettent des échanges, une attention réfléchie et le développement des capacités d'adaptations. Pour autant elles imposent d'être partagées, interprétées et intégrées avec le patient ensuite dans un nouveau projet thérapeutique.

Le caractère particulier de la relation de soin en psychiatrie permet de souligner la capacité de tisser une relation avec de la bienveillance et de l'attention, peu importent les circonstances ou les pathologies. La temporalité, la méthode de communication, les réactions ou encore la compréhension peuvent varier d'un individu à l'autre, d'une pathologie à l'autre. Elle met en lumière l'importance de la globalité du soin et confirme sa valeur.

Le caractère global de la relation de soin s'impose donc comme une évidence quel que soit le domaine ou il s'exerce. La relation soignant-soigné ne peut donc avoir une seule définition, puisqu'elle implique l'interaction entre la psyché et l'organisme. De ce fait il devient essentiel de communiquer de manière claire et compréhensible, pour maintenir le patient au cœur de sa prise en charge.

3.2.3 Importance de la communication

La relation soignant-soigné se construit dans le contexte particulier qu'est le soin. Cette rencontre est possible par une position soignante qui donne la place au patient d'être expert de ses ressentis dans leurs globalités. Dans l'élaboration d'une relation thérapeutique, le soignant doit se servir d'outils de communication verbale et non verbale variés et adaptés à l'individualité du patient. La souffrance du malade, de la famille ou de l'entourage s'exprime d'une multitude de façons différentes.

La communication est un exercice complexe qui s'apprend et les mots ne sont pas les seuls outils de communication. La posture, le ton ou la ponctuation d'une phrase, ont souvent plus d'impact sur l'autre que les mots prononcés. Une communication est rarement immédiate ou instinctive, elle demande une observation de l'autre, de son langage s'il est différent du nôtre, de sa posture. Le premier contact peut sembler compliqué et il l'est encore d'avantage dans une relation de soin car les personnes ayant besoin de soins sont souvent dans une détresse évidente.

Colette Bizouard est l'auteure de l'ouvrage « *Vivre la communication* », qui définit la communication et les obstacles qui peuvent être à l'origine d'incompréhension. La sensibilisation face aux mécanismes de communication est une part importante du travail de l'auteure. La recherche d'une amélioration des comportements permettant de mieux comprendre et de mieux se faire comprendre dans la vie de tous les jours est désormais évidente, surtout dans un cadre de soin. L'auteure a schématisé l'acte de communication. Dans ce schéma l'émetteur est celui qui transmet la source d'information, le message représente ce qui est transmis, il peut l'être de nombreuses façons différentes. Enfin le récepteur représente le destinataire de l'information, celui qui la reçoit.

Le message peut se construire de façon verbale : c'est le choix des mots empruntés par l'émetteur. Le choix des phrases et le ton choisis sont à l'origine d'une certaine compréhension de l'interlocuteur. En effet les mots utilisés peuvent prendre un sens différent en fonction des générations ou des milieux. Ils ont pour chacun un sens ou une résonance différente malgré le fait que leur définition est connue des deux interlocuteurs. Certaines expressions sont des effets de mode liés à des habitudes particulières, il existe un fort risque d'interprétation des phrases prononcées. La communication verbale peut donc être bien plus complexe que ce qu'il paraît. L'importance de l'observation, de l'adaptation et de la reformulation est essentielle. Les mots ont cependant l'avantage de pouvoir définir avec une certaine précision des ressentis, des types de douleurs ou des perceptions personnelles.

Lors d'une communication verbale plusieurs situations sont explicitées par l'auteur, le langage utilisé ne sera pas le même, en rapport avec ces disparités. Dans la pratique infirmière le soignant peut utiliser plusieurs méthodes de communication dans le cadre du soin. Deviser sur un sujet ou un autre lors d'une discussion permet d'installer un climat détendu lors de la prise en charge du patient, mais d'autres méthodes telles que l'entretien, ont un objectif. Dans un entretien

l'échange permet au soignant d'amener le patient sur des sujets précis concernant son ressenti, son adhésion aux soins ou encore ses habitudes de vies. Savoir communiquer avec autrui est essentiel pour les soignants. L'adaptation à l'interlocuteur et aux situations représente un pilier de la profession. Colette Bizouard écrit « *N'ayons pas peur de le redire : bien communiquer ne va pas de soi. Ça s'apprend. Comme tout ce qui vit la communication a une dynamique propre, des fluctuations, un mouvement* » (Bizouard, 2008, P-33). Dans cette citation l'auteure pointe l'apprentissage de la communication. Le choix des mots, le ton et les motivations d'une conversation sont autant de caractéristiques qui participent à l'adaptation du soignant aux différentes situations de soin qui s'ouvrent à lui. Colette Bizouard explique également d'une façon très claire l'évolution proactive de la conversation. En décrivant une dynamique et un mouvement ressentis par les deux interlocuteurs lors d'une conversation, elle met en lumière le caractère individuel et adapté de l'échange.

Si le langage verbal est une partie de la communication, **le langage non verbal** constitue une grande majorité de la perception d'autrui. Le langage corporel est intuitif et se manifeste généralement sans que l'émetteur s'en rende compte. Il peut se traduire par des postures, des distances marquées ou non envers l'autre, des mimiques, des regards appuyés ou fuyants. Mais aussi par des tons de voix différents, des bégayements, des silences ou des intensités changeantes dans l'élocution. Ces signes vont être d'une grande importance pour le récepteur et vont influencer sa manière de réagir. Cette communication corporelle si elle n'est pas forcément commentée dans la vie de tous les jours, n'en reste pas moins décryptée par chaque individu. Dans le contexte du soin la communication non verbale est aussi un outil pour reconnaître l'autre. Lui faire prendre conscience qu'il existe, qu'on est attentionné à son égard. Colette Bizouard met en avant dans son travail l'importance du regard. En effet dès les premiers instants d'un contact avec autrui, le regard tient une place très importante. Il permet de recevoir l'autre, un regard accueillant permet souvent de faire exister de manière positive un échange.

Cicéron philosophe et écrivain sous l'empire romain écrivait que « *Les yeux sont le miroir de l'âme* » (Dococitations, 2026, Para 1), cette citation met en lumière le poids d'un regard lors d'un échange. Ce regard, s'il est fermé ou fuyant, peut-être une barrière dans la confiance ou la volonté de communiquer avec l'autre. Les signes d'attention que le soignant manifeste envers le patient sont des instruments millénaires de communication car au-delà des mots, les humains

communiquent par leurs sens et leurs postures. Cette capacité d'analyse doit apporter aux soignants une prise de conscience et des instruments qui permettent chaque jour d'améliorer leur posture en fonction de l'individu qui leurs fait face. Donner la certitude à autrui d'exister par un regard ouvert, sans trace de jugement ou d'amertume, par des hochements de tête quand il s'exprime ou une main sur l'épaule dans des moments qui lui sont difficile sont autant de façon de communiquer.

La parole n'a pas de sens si elle n'est pas accompagnée par un regard, un geste ou une posture rassurante. La présentation globale qu'amène le soignant dans la relation à l'autre est d'une importance centrale. Dans de nombreux moments la communication est au cœur de la relation à l'autre, mais la porte d'entrée d'une bonne communication est souvent au moment de l'accueil. L'accueil du patient par le soignant est un moment clé, la relation de soin dépendra souvent de ce moment. Cette phase est celle de l'appropriation mutuel, elle peut être rapide ou progressive et met en lien deux individus avec leur passé, leur présent, leur émotion, leur profession ou leur douleur. L'accueil ne dure en général que quelques minutes mais c'est un formidable condensé de ressentis, d'affects, d'observation et d'adaptation en fonction de l'attitude de l'autre. L'accueil, c'est aller vers l'autre, adresser la parole, comprendre les raisons de la présence ainsi que ses besoins. Selon Colette Bizouard les conditions d'un accueil réussi est une ouverture du soignant sans réticence à l'encontre du patient.

La communication est un outil précieux qui est la base d'une compréhension commune sur laquelle se bâtit la confiance et la relation de soin. L'interruption de tâche peut représenter une menace certaine à cette relation. En effet une interruption dans la communication avec autrui déstabilise les interlocuteurs de façon générale. Dans le cadre d'une interruption de tâche, les deux interlocuteurs peuvent être déstabilisés par une présence externe. Le soignant peut être déconcentré et reporter son attention sur autre chose que le patient, avec souvent un impact sur sa communication avec celui-ci. Une interruption dans un échange aussi singulier et vivant que lors d'un accueil par exemple peut-être un facteur de repli sur soi du patient ou du soignant, ce qui va impacter la relation de soin.

Une relation de soin ne se base pas uniquement sur la communication. L'interruption d'un moment de lien quel qu'il soit entre le soignant et le patient a un impact de toutes les manières possibles. La concentration, la posture, la parole, les gestes et les ressentis peuvent être

chamboulés par une interruption brutale ou non, courte ou qui s'étale dans le temps. La dimension de ce que représente la relation de soin pour chacun est telle qu'une coupure dans celle-ci a un effet visible sur les personnes qui la vivent. L'être humain possède une capacité de compréhension et d'adaptation à l'autre remarquable s'il est en capacité de s'ouvrir et d'entrer dans une communication globale et unique avec autrui. Les recherches scientifiques de plus en plus poussées vont dans ce sens. Beaucoup d'informations échangées entre les êtres vivants, au point que certaines passent inaperçues. La connaissance et la volonté d'adaptation du soignant pour construire une relation soignant-soigné qui allie la confiance et l'accompagnement de l'autre dans tout ce qu'il est, s'impose comme une évidence. L'empathie, la congruence et le regard positif inconditionnel du soignant envers le patient sont les trois axes qui permettent au soignant de constituer une base solide pour entrer en relation avec autrui.

4. Synthèse du cadre de référence

J'ai pu décrire dans mon cadre de référence les interruptions de tâches en détaillant et en analysant l'effet sur l'état cognitif et émotionnel et leur impact dans le milieu hospitalier. Tout d'abord par la définition des notions de concentration et d'attention. Ces notions permettent de modéliser le fonctionnement du cerveau humain en apportant une compréhension de sa manière de faire des actions. Les différentes notions de concentration mettent en lumière l'altération de celles-ci par des stimuli internes ou externes. L'humanité du soignant ne lui permet pas de répondre au « multitasking » avec la même capacité de concentration.

Les Événements Indésirables Graves ou non Associés aux Soins (EIAS, EIGAS) en lien avec les erreurs soignantes sont en partie le résultat d'interruptions qui perturbent grandement les soignants et impactent leurs prises en charge. De nombreuses interruptions de tâche sont liées à l'organisation hospitalière. Les demandes de renseignements, les transmissions d'informations, les appels téléphoniques ou les demandes du patient ou de la famille, sont autant d'interruptions qui peuvent entraver la concentration du soignant. Ces interruptions surviennent aussi dans des moments critiques, comme la distribution des médicaments ce qui peut entraîner des répercussions graves pour le patient en allant jusqu'à mettre sa vie en danger. Fort de ce constat il devient

indispensable de pouvoir analyser les EIAS ou EIGAS par différentes méthodes, dont la méthode ALARM. Les descriptions des circonstances permettent une analyse poussée des défaillances dans l'organisation du milieu hospitalier. C'est grâce aux analyses approfondies que des actions peuvent être mises en place pour la protection future des patients et des soignants.

Au-delà d'une organisation Française c'est aussi une volonté internationale d'organisation et de qualité des soins qui s'exprime. L'OMS se veut ainsi garante des différentes lignes de conduite concernant le déroulement des soins quels qu'ils soient.

L'organisation Nationale Française des soins conduite par la HAS, instaure des certifications pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. C'est grâce à plusieurs critères qui évoluent en fonction des parutions scientifiques, qu'une démarche nationale de qualité et de sécurité des soins est menée sur le modèle de la roue de Deming (Plan, Do, Check, Act). Il est indéniable que depuis le début de cette dynamique lancée en 2004, le mode d'exercice dans les hôpitaux a considérablement évolué.

Les interruptions de tâche et l'analyse de l'environnement dans lequel elles apparaissent permettent aussi de souligner qu'elles participent de l'épuisement soignant physique et ou psychologique. La notion de destinée manifeste qui se reflète dans le cadre des soins pour les interruptions de tâche aborde le fait que les soignants ont encore du mal à reconnaître les moments d'interruptions de tâche. Elles sont si fréquentes que la grande majorité des soignants, indépendamment de leur champ de compétence, les considèrent comme inhérentes à leur pratique. Dans l'exercice de leurs fonctions au quotidien les soignants ne sont pas forcément attentifs aux impacts qu'elles peuvent avoir sur eux ou sur leurs pratiques. Il est important de souligner l'atteinte physique et psychologique que le « multitasking » ou les interruptions à répétitions ont sur les soignants. C'est par la réaction de stress que l'organisme répond généralement à une demande imprévue. Cela impacte sa façon de réfléchir, sa patience, sa fatigue émotionnelle ou physique et présente un danger pour le soignant ainsi que pour les patients. Des blessures, de l'anxiété chronique des sensations d'étouffement par les différentes responsabilités quotidiennes ou des burn-out peuvent apparaître chez les soignants dans les cas les plus graves.

L'absence de définition juridique qui entoure les notions d'interruption de tâche ne permet pas de donner un juste poids dans leurs conséquences. Les notions de responsabilités, l'analyse ou les dommages causés par les interruptions de tâches restent imprécis. La réalité du

terrain est cependant étudiée de plus près ces dernières années. L'écart grandissant entre le travail prescrit et le travail réel des soignants, les pratiques associées à une impression d'urgence dans les hôpitaux, ou la fatigue exponentielle du personnel soignant sont autant de facteurs augmentant l'impact des interruptions de tâche dans la pratique quotidienne en milieu hospitalier.

Afin de comprendre aussi l'impact des interruptions dans sa dimension complète, il est indispensable de le relier à la relation de soin. Par différentes définitions d'auteurs ou d'organismes différents, la relation soignant-soigné peut se résumer par la connexion étroite qui relie deux individus lors de soins, de moments de vie particulier ou de moments d'échanges. La notion de globalité est d'une importance capitale, l'Humain fonctionne en symbiose avec son organisme et son mental. Les deux notions sont définies et abordées par les mots anglais de « *Cure* » et de « *Care* ». Une relation de soin se doit de se construire dans l'adhésion globale du patient. C'est la recherche de sa volonté, de son bien être physique et mental et de sa considération complète et immuable qui permet au soignant d'amorcer un lien pour prendre en charge au mieux le patient. Le soignant s'adapte aux différentes situations de soins qui se présentent à lui, tenant compte de l'individualité de chaque patient et de la manifestation propre de sa pathologie.

L'importance de la communication intervient dans ce cadre de relation à l'autre si particulière. En effet la connaissance et la bonne exploitation des outils de communication permettent au soignant d'engager une relation de façon propice en s'adaptant à la personnalité de chacun. L'analyse des modes de communication verbaux et non verbaux permettent aussi de clarifier et d'analyser des comportements qui peuvent paraître banals et qui sont en fait un frein à la communication avec autrui. L'être humain a une formidable capacité de communication et de compréhension malgré les barrières de langues, de cultures ou de générations. L'importance d'une communication authentique et adaptée permet aussi l'élaboration d'une relation de soin saine et véritable. Les interruptions de tâche dans ces moments de communications peuvent avoir de nombreux impacts, l'impression pour le patient de ne pas être considéré, amenant parfois à des frustrations ou un renfermement, d'autant plus quand les IT se produisent dans le monde de la psychiatrie. La synergie d'une conscience de l'autre et des conceptions acquises de langage, car elles ne sont absolument pas innées, permettent aux soignants de garder une relation de confiance malgré des interruptions extérieures.

5. Enquête exploratoire

L'enquête exploratoire est un outil permettant d'appréhender la problématique de l'interruption de tâche dans le cadre des éléments développés dans le chapitre Cadre de référence. Cette approche permet une compréhension plus large et d'affiner des enjeux liés au questionnement formulé. Dans le cadre des interruptions de tâches l'enquête exploratoire peut être menée dans un grand nombre de secteurs, car le sujet touche à la prise en charge infirmière dans une dimension globale.

5.1 Méthodologie de recherche

Après avoir abordé les apports théoriques concernant l'interruption de tâche dans la première partie de ce travail de fin d'étude, l'enquête exploratoire permet de confronter la théorie aux pratiques et aux ressentis des professionnels de terrains. La méthode utilisée pour cette enquête exploratoire est celle de **l'entretien**. Un entretien est défini comme « *un dialogue qui permet un échange d'informations* » (Larousse, Para 1). Il présente dans l'étude de la problématique posée, de nombreux avantages. En effet il permet de recueillir le ressenti et le vécu du soignant interrogé sur le sujet de recherche. Cette interaction permet de recueillir une expression libre.

Un entretien est également décrit par l'Université des Sciences Politique de Paris comme « *La pratique de l'entretien, quelle que soit sa forme spécifique, sert quant à elle à produire des données permettant avant tout de mieux saisir la singularité de l'expérience que des individus ou groupes d'individus ont de leurs relations avec les autres, avec les institutions, ou plus largement celle qu'ils ont de phénomènes sociaux* » (PIN, Clément, L'entretien semi-directif, P.1). C'est donc grâce aux entretiens que l'authenticité des propos est respectée, c'est aussi par cette méthode que les professionnels sont reconnus en droit d'exprimer une opinion propre et inaltérable.

La méthode d'entretien retenue pour ce travail est celle de **l'entretien semi-directif**. Ce type d'entretien est dit qualitatif car il se construit sur la possibilité d'un échange, cadré par des

questions ouvertes qui vont guider le sujet en lui laissant la possibilité d'être maître et singulier dans ses réponses. Cet entretien peut évoluer en échange, qui peut mettre en lumière plusieurs thèmes liés à la problématique et ouvrir des perspectives. Les réponses aux questions que j'ai préparées pourront également me permettre de comparer le ressenti des personnes interrogées aux éléments statiques retrouvées dans la littérature. Il est évident qu'aucun échange ne donnera lieu ni au jugement de la pratique infirmière ni à un quelconque jugement de valeur. Tous les prénoms sont déontologiquement modifiés dans ce travail pour conserver l'anonymat des personnes interrogées.

La population que j'ai choisie pour mener mes entretiens est celle d'Infirmiers Diplômés d'Etat. Les services dans lesquels ils exercent sont variés, au même titre que leurs expériences de vie ou de travail. Afin de bénéficier d'un domaine d'étude le plus large possible en lien avec ma problématique et mon questionnement, je sollicite un grand nombre de services.

Les services d'urgence, qui représentent pour moi une organisation à forte probabilité d'interruption de tâche, m'intéressaient parce qu'ils sont par nature, très concernés par le sujet. J'ai également ciblé d'autres services comme ceux de médecine, de chirurgie ou de psychiatrie. Pour autant, les interruptions de tâche ont cette particularité d'être présentes dans tous les domaines d'activité, mais à des échelles de temps ou d'organisation bien différentes, ce qui est pour moi important de souligner.

A l'issue de mes recherches bibliographiques sur le sujet, et en lien avec ma propre expérience de terrain, j'ai construit un questionnaire de 10 questions ouvertes, introduites par une question Inaugurale (Cf Annexe N°7). Sept d'entre elles ont été validées par mon directeur de Mémoire, Madame Thomas.

Ce questionnaire a été adressé en partie en pièce jointe lors de mes demandes d'autorisation auprès des directions des soins.

A partir de février 2026, j'ai sollicité la direction des soins d'un CHU, qui m'a autorisé à déposer ma demande auprès des Cadres de Santé de 6 services, et j'ai également sollicité un centre hospitalier Universitaire de Psychiatrie et enfin un centre hospitalier de proximité de ma région Iséroise.

Malgré l'accord encourageant des Directeurs des Soins, je n'ai pas eu de réponse positives des cadres de santé des unités, avec parfois en explication le manque de temps des agents sur le terrain, couplé au nombre important de demandes d'étudiants en IFSI sur le territoire.

J'ai pu finalement après plusieurs relances sans succès jusqu'à mi-avril, interroger deux infirmières diplômées d'état en service de Médecine Polyvalente, deux en SMR (Soins Médicaux et de Réadaptation) et enfin également deux infirmières en unité fermée de psychiatrie. À mon grand regret, je n'ai pas pu échanger avec des professionnels d'un service d'urgence.

5.2 Réalisation de l'enquête

Comme décrit précédemment, ce n'est que tardivement et après plusieurs relances de mes demandes, que j'ai pu convenir de 2 dates pour rencontrer quatre professionnels de santé dans un hôpital de secteur. Le Mercredi 15 Avril entre 13 h 30 et 14 h30 j'ai pu mener deux entretiens auprès de professionnels du Service de Soins Médicaux de Réadaptation (SMR) Polyvalent et Gériatrique de 50 lits. Le Vendredi 17 Avril sur les mêmes horaires, j'ai rencontré deux professionnels du service de Médecine polyvalente de 30 lits avec 3 lits dédiés soins palliatifs.

Le Mercredi 15 Avril à 13 h 20 je me suis présentée dans le service SMR en expliquant le motif de ma présence. Les infirmières du service qui prenaient leurs repas m'ont accueillie gentiment. Elles avaient été prévenues de ma venue. J'ai proposé d'attendre un petit moment pour les laisser manger. Une vingtaine de minutes plus tard j'ai pu mener mes entretiens en indiquant avant chacun d'eux que l'anonymat serait préservé dans mes retranscriptions et en redemandant l'accord aux professionnels pour que je puisse les enregistrer. Les deux entretiens se sont déroulés à la suite dans la salle de soin du service. L'un des entretiens, celui avec un infirmier jeune diplômé, a été interrompus par la venue des agents d'entretiens pour des réparation de matériel. A la fin de ces deux entretiens j'ai remercié grandement l'équipe dont une partie qui était encore à leur repas ainsi que ceux qui ont raccourcis leur temps de pause pour répondre à mes questions.

Le vendredi 17 Avril à 13 h 30, je me suis présentée en Service de Médecine polyvalente (service de 30 lits d'hospitalisation complète avec 3 lits de soins palliatifs), je me suis avancée en

salle de repas en expliquant le motif de ma présence et en précisant que je pouvais attendre un moment pour ne pas perturber le moment du repas. Une infirmière du service se lève avec enthousiaste, se présente et m’emmène dans une salle avec un bureau au centre et deux tabourets. Je me prépare donc à mener mon entretien, je demande l’autorisation d’enregistrer et j’explique que l’anonymat sera observé dans mon travail écrit. Lors de ce début d’échange j’essaie d’allumer mon ordinateur qui contient ma grille de questionnement et celui-ci reste éteinte. Après quelques minutes de flottement je retrouve ma grille d’entretien sur mon téléphone et je débute mon troisième entretien. A la fin de celui-ci l’infirmière me dit qu’elle va demander à sa collègue de prendre sa place.

La seconde infirmière se présente dans la salle, je lui explique dans les mêmes termes les modalités d’enregistrement et d’anonymat. L’entretien se déroule sans encombre avec mon téléphone comme support. A la fin des deux entretiens je retourne en salle à manger et remercie également grandement l’équipe de soin pour leurs temps et leur gentillesse.

Pour mes quatre premiers entretiens je n’ai pas enregistré les premiers moments d’interaction avec les professionnels, je n’ai donc pas de trace audio de leur expérience professionnelle, de leur âge ou de leur ancienneté dans le service, mais j’ai pris des notes. Les deux derniers entretiens que j’ai menés, j’ai pu adapter cette question en demandant aux professionnels de se présenter en début d’enregistrement.

Concernant mes deux derniers entretiens, j’ai eu une réponse d’un des services d’un groupement de psychiatrie le jeudi 16 Avril. Ce groupement hospitalier est le groupement « ressource » concernant la psychiatrie en Isère. J’avais envoyé un mail à la direction de soin qui était resté sans réponse, mais il avait bien été transmis aux services de psychiatrie. J’ai eu au téléphone une infirmière qui me propose de me présenter dans une unité de soins fermée, deux jours plus tard. J’ai accepté avec enthousiasme. Je me suis donc présentée dans le service le Samedi 18 Avril à 16 h 00 après une quarantaine de minutes de route. Je suis accueillie par deux infirmières qui viennent m’ouvrir la porte fermée de l’unité. Je me présente et rappelle des raisons de ma venue. Les deux entretiens se sont déroulés à la suite dans une salle de réunion où nous pouvions discuter sans être vues ou interrompues par les patients de l’unité.

5.3 Résumé des entretiens

Salim et Amy sont des infirmiers en SMR, ce service est caractérisé par une forte interaction avec le plateau technique au rez-de-chaussée du bâtiment, alors que le service est au 1^{er} étage, ce qui implique une organisation contrainte : rendez-vous de rééducation patients avec plus de 6 professions différentes (Kiné, Ergothérapeute, Neuropsychologue, EAPA, Assistante sociale, Orthophoniste, brancardiers). Ces rendez-vous peuvent entrer en conflit avec le besoin d'organisation des soins infirmiers en fonction du planning du patient et des imprévus (un pansement à refaire avant d'aller en kiné, un retard dans la toilette d'un patient attendu chez les rééducateurs en raison d'une autre urgence à gérer, etc.).

Le premier entretien est celui d'Amy (Cf Annexe n°1). Amy est une infirmière de 32 ans, elle a travaillé pendant 5 ans en tant qu'aide-soignante puis elle a fait la formation infirmière, elle est diplômée depuis 4 ans. De nature plutôt timide elle a quand même accepté de répondre à mes questions. Elle évoque le fait d'être souvent interrompue de manière générale, mais plus fréquemment par le téléphone. Elle parle de la disponibilité du soignant qui ne peut pas être « infinie ». Malgré tout l'idée générale de cet entretien reste la possibilité d'une adaptation du soignant malgré des interruptions et l'importance de la relation de soin avec le patient.

Le second est celui de Salim (Cf Annexe n°2), jeune homme de 25 ans qui est diplômé depuis 2025 et qui n'a exercé que dans le service de SMR. Salim travaille dans cet hôpital depuis environ 6 mois et vient de commencer des remplacements en service de Médecine polyvalente. Les différentes prises en charge que peut rencontrer Salim en service le confronte à des interruptions de tâches fréquentes, qui ont pour sa prise en charge un réel impact, ce qui le déstabilise. Il exprime le fait de jongler entre les interruptions et les tâches avec la notion des conséquences que cela peut avoir. Il a par ailleurs été victime d'un AES dans un contexte de fatigue après de nombreuses interruptions. La réflexion de Salim sur la relation soignant-soigné permet d'aborder les notions de confiance et de concentration du soignant.

Maëlle et Sinaï sont infirmières en service de médecine polyvalente qui est caractérisé par un flux important d'entré et de sortie au quotidien et d'une diversité de pathologies. L'activité est également caractérisée par 3 lits de soins palliatifs, qui demandent beaucoup de disponibilité et d'adaptabilité.

Le troisième entretien est celui de Maëlle (Cf Annexe n°3). Maëlle est une infirmière d'une quarantaine d'année. Elle était d'abord AS en EHPAD pendant une dizaine d'année pour ensuite reprendre une formation d'IDE. Elle exerce dans le service de Médecine polyvalente depuis maintenant 13 ans. Maëlle aborde les impacts des interruptions de tâches au même titre que ces collègues. Elle utilise ensuite une métaphore très intéressante pour décrire la relation soignant-soigné et l'impact qu'elle peut avoir sur les soignants et les patients.

Le quatrième entretien est celui de Sinaï (Cf Annexe n°4), qui est une infirmière diplômée d'état depuis une trentaine d'année. Elle a d'abord exercé dans des services techniques d'un CHU comme la réanimation et les urgences pédiatriques. Puis avec le temps, elle est revenue dans le village de son enfance et a postulé en service de Médecine polyvalente. Elle y travaille depuis maintenant 10 ans. Les interruptions de tâche représentent pour Sinaï tout d'abord un grand risque d'erreur. La relation de soins se base principalement sur la confiance, en premier lieu entre le soignant et le soigné, mais aussi

Beth et Joséphine sont infirmières en unité fermée de psychiatrie, ce service détient une organisation particulière de par sa fonction. Il peut accueillir une vingtaine de patients et dispose de deux chambres d'isolement. Beth et Joséphine se retrouvent confrontées aux difficultés que peuvent présenter les services fermés : elles doivent prendre en charge des patients qui présentent des pathologies avec des comportements qui ne sont pas stabilisés avec tout ce que cela peut entraîner : violence s verbales et physiques, auto agression, etc.

Le cinquième entretien est celui de Beth (Cf Annexe n°5) qui est une jeune infirmière, diplômée en 2024. Elle a choisi d'exercer en psychiatrie dès l'obtention de son diplôme, comme une évidence depuis le début. Beth désigne de façon différente de ses collègues qui exercent en somatique, des interruptions fréquentes de ses tâches par les patients. Elle pointe le risque d'erreurs et d'atteinte de la relation soignant-soigné qui a pour elle une importance capitale dans ce type d'unité de soins.

Enfin le dernier entretien est celui de Joséphine ou Jo (Cf Annexe n°6). Joséphine est infirmière depuis une trentaine d'années, elle a toujours choisi le milieu de la psychiatrie. Elle a exercé en CMP, en pavillon d'entrée déficitaires, aux urgences psychiatriques. De naturel calme elle apporte souvent une toute autre vision, par rapport à ses collègues, des interruptions et de

l'impact qu'elles peuvent avoir. Elle désigne surtout leur impact dans des moments privilégiés d'échange avec les patients.

6. Analyse des entretiens

J'ai effectué une analyse croisée entre les apports théoriques que j'ai pu exposer dans mon cadre de référence et le vécu des soignants que j'ai interrogé. Ce qui est d'emblée apparu comme évident, c'est que la répercussion des interruptions de tâche sur le terrain est incontestable. L'analyse de ces échanges mets en lumière les nombreux points de vue et les ressentis des soignants.

6.1 Interruptions de tâches

Comme décrit précédemment les interruptions de tâche font partie intégrante de l'exercice du métier de soignant. Lors de mes entretiens j'ai pu confirmer la fréquence et l'impact qu'elles ont.

Dans ma question inaugurale j'ai pu aborder avec les différents professionnels celles qui étaient selon eux les plus fréquentes. Pour Salim (Lignes 4-12), Maëlle (Ligne 7), Sinaï (Ligne 5) et Amy (Ligne 6, 8-10), le téléphone représente la première source ressentie d'interruption. Les appels téléphoniques qu'ils soient interne ou externe à l'hôpital sont des moments pointés comme interrupteurs de façon spontanée par les soignants. Cependant l'étude intitulée « *Interruptions de tâches chez les infirmières, expérience d'un centre hospitalier* » écrit par Claude Demange et Emilie Thil, désigne le fait que les appels téléphoniques représentent seulement un tiers des interruptions de tâche. J'ai pu observer que sur le terrain dans le milieu hospitalier le téléphone est la première et principale interruption ressentie par les soignants. Le fait d'avoir toujours le téléphone dans la poche avec soi au cours de la journée augmente en effet les risques d'être interrompu. Les interruptions par le téléphone sont aléatoires et peuvent survenir à tout moment de la journée, en soins, pendant les transmissions ou lors de la distribution des médicaments. Les 4 soignants qui exercent dans des services somatiques m'ont tous donné cette réponse en premier. Ces interruptions téléphoniques sont des moments de difficultés pour les soignants car c'est

souvent un passage d'information rapide et concise. Si ce sont de nouvelles directives médicales par exemple pour un patient qui se trouve dans l'unité qu'ils ont à charge, les soignants doivent s'adapter rapidement et retenir les informations transmises avec le plus de justesse possible. Cette gymnastique est complexe et demande beaucoup de concentration. Contrairement à leurs quatre confrères, Beth (Lignes 11-13) et Joséphine (Lignes 15-17), infirmières en unité fermée de psychiatrie désignent, elles, les patients comme interrupteurs les plus fréquents. Ce n'est qu'au second plan que Joséphine aborde le téléphone ou les soucis logistiques que peut présenter l'ouverture fréquente de la porte dans un pavillon de soin fermé (Lignes 28-29). Les entretiens que j'ai pu faire avec les professionnels ont mis en lumière une différence entre les ressentis des soignants dans des services plus somatiques et ceux dans un service de psychiatrie.

Après le téléphone, les interruptions citées sont celles des collègues soignants ou plus largement les membres de l'équipe (rééducateurs, médecins, secrétaires, CDS) pour des demandes d'informations et/ou de transmission d'information. Salim (Lignes 15-20) décrit avec finesse les demandes qui peuvent être faites au sein de l'équipe, en vue parfois d'une meilleure organisation. Il exprime le fait que même si c'est impactant lors d'un soin ou d'une activité qui nécessite de l'attention, les informations doivent être transmises et les professionnels de santé n'ont pas forcément le choix que d'interrompre pour les transmettre. Sinäï (Lignes 5-9) désigne elle aussi le besoin de transmission des soignants et les interruptions que cela peut représenter. Enfin Maëlle (Lignes 8-10) désigne les familles et les demandes des patients comme grande source d'interruption également, notamment pendant les tours de médicaments.

L'étude de Claude Demange et Emilie Thil démontre que ce sont les soignants entre eux qui sont le plus vecteur d'interruptions. En effet 74,9% des interruptions de tâche lors de la distribution des médicaments sont faites par les collègues de travail pour des demandes multiples.

Les soignants désignent donc dans une grande majorité de réponses les appels téléphoniques comme étant les interrupteurs quotidiens qui les impactent le plus. Les collègues de travail sont selon les études ceux qui ont tendance à interrompre pour des demandes d'informations. Dans un emploi qui s'applique à soigner au mieux et dont les informations changent de façon rapide, les transmissions entre les soignants sont obligatoires. Les interruptions quant à elles représentent dans certains cas un dommage collatéral à sa propre organisation, mais sont nécessaires à la continuité des soins. Une des actions faites parfois pour minimiser

l'impact de l'IT est que celui qui interrompt son collègue, lui rappelle de finir la tâche pour laquelle il l'a interrompu.

On observe après l'analyse des six entretiens sur la question de la notion d'interruptions de tâche qu'il n'existe pas de différence sur le ressenti de la fréquence et de l'impact des interruptions, que ce soit dans un service de psychiatrie, un service de Médecine polyvalente ou de SMR. Par contre on observe que la nature des interruptions est différente entre service de Médecine et de SMR d'une part et celui de psychiatrie, qui certes accueille dans ce cas des patients particulièrement difficiles. En effet Beth et Joséphine désignent les patients comme interrupteurs les plus fréquents à la différence de leurs collègues qui désigne de manière spontanée le téléphone comme principal interrupteur.

6.1.1 La définition d'une interruption de tâche selon les soignants

Pour Amy (Lignes 13-15), Salim (Lignes 24-28) et Maëlle (Lignes 12-14) l'interruption de tâche se définit comme l'interruption d'un acte par quelque chose ou quelqu'un d'imprévu. Le fait d'être dérangé lors d'un soin désigne pour eux le principe même de l'interruption de tâche. On observe la nécessité d'une concentration dans le soin qui est une sécurité importante pour les soignants. Cette concentration permet aux soignants d'assurer la continuité des soins, la sécurité du patient, l'organisation de leurs tâches ou encore le maintien d'une qualité de prise en charge. Dans ces définitions apportées par Amy, Salim et Maëlle on comprend l'importance de la concentration pour eux lors de soins avec le patient. Salim décrit le fait de faire certaines fois deux choses en même temps car il ne peut pas interrompre la tâche qu'il est en train de faire pour répondre à une demande.

Pour Beth (Lignes 16-17) et Sinaï (Lignes 12-14), les interruptions sont décrites comme à risque fort d'erreurs. Cette notion d'erreur montre que les soignants ont pu analyser leurs pratiques à la suite d'interruptions, ils ont remarqué à quels points ils étaient en difficultés et que cela majore de façon importante le risque d'erreurs ou les erreurs elles-mêmes. La HAS a mis en place la méthode ALARM qui permet d'analyser selon 7 thématiques précises la survenue des erreurs et les défaillances qui provoque ces erreurs. Pour Beth et Sinaï la majoration des erreurs

est étroitement liée avec les interruptions de tâches. C'est une indication importante de l'introspection qu'elle ont pu avoir à la suite de leur vécu.

Enfin pour Joséphine (Lignes 32-34), l'interruption d'un moment privilégié avec le patient ou l'interlocuteur représente la notion d'interruption de tâche. Dans cette définition on peut mettre en avant l'importance pour elle de la relation à l'autre et de la volonté d'être dans un moment de partage privilégié entre soignant et patient, entre collègues, entre humains. Une interruption de tâche n'est plus seulement une interruption de tâche mais une interruption d'un instant, ce n'est pas de faire quelque chose mais de vivre quelque chose.

6.1.2 Répercussions de l'interruption de tâche sur les soignants

Les interruptions de tâche ont de lourdes répercussions sur les soignants, en effet nous avons pu aborder la fatigue intellectuelle jusque dans ses cotés les plus graves. Au cours de mes entretiens j'ai pu aborder cette question avec les six professionnels de santé que j'ai pu rencontrer.

Amy (Lignes 21-27) aborde une sensation de déstabilisation, le fait de devoir se focaliser sur des choses différentes en se trouvant dans une impasse, en ne sachant plus quelle demande mérite le plus son attention est pour elle une sensation complexe et déstabilisante. Elle exprime le fait de ne pas être « bon » concernant les deux tâches à accomplir, de se sentir coincée, d'hésiter. La perception d'importance, le choix, les conditions de survenue, sont autant de facteurs qui impactent le professionnel de santé et qui l'orientent selon son expérience à prendre des décisions lors d'interruptions de tâche. Les réactions, les informations, les motifs ou encore les conditions présentent des combinaisons aussi multiples qu'aléatoires. Les professionnels de santé sont donc dans l'obligation de faire de « leur mieux » avec tout ce qu'ils ont comme informations sur le moment.

Salim (Lignes 39-45) souligne un ressenti particulier qui peut arriver au moment d'une interruption. Il explique l'impression d'être « obligé » de répondre. Ce sentiment de ne pas se sentir légitime de refuser une interruption est fréquent chez le personnel soignant. Il peut être dû à la crainte de conséquences graves si on manque une information concernant un patient, au statut

de l'infirmier au sein de l'équipe ou encore la volonté de ne pas enrailler l'organisation en retardant un certain nombre de tâches suivantes. Salim est un jeune infirmier qui vient d'être diplômé il y a moins d'un an. Sa position peut aussi expliquer sa réticence à exprimer sa volonté de ne pas être interrompu ou à reporter les demandes de ses collègues. Salim exprime aussi une frustration d'être déconcentré. Il explique que la prise en charge peut être impactée par cette déconcentration et que pour lui c'est une source de grande frustration, quand on perd le fil d'une idée ou quand on doit reprendre de façon régulière l'organisation d'une tâche depuis le début à cause d'interruption, son état émotionnel peut-être fortement impacté. C'est le cas pour Salim comme beaucoup d'autre. En effet Beth (Lignes 22-23) explique le même genre de ressentiment : la baisse de concentration a un impact évident sur sa pratique et donc sur elle. Elle parle de colère dans les moments d'interruptions et de cette obligation de re concentration qui peut prendre un certain temps. Ce que confirme les recherches exposées dans le cadre de référence sur l'impact psychologique des interruptions sur les soignants.

Pour Maëlle (Lignes 20-23) les interruptions augmentent le risque de faire des erreurs lors des tâches qu'elle accomplit ou de « mal faire ». L'interruption augmente chez elle l'inquiétude de ne pas faire les choses correctement ou d'oublier des éléments importants au moment de finir la tâche qui a été interrompue. L'impact réel que peut avoir sur un individu le fait de rompre sa concentration est avéré. En effet comme vu précédemment dans l'étude de Sybille Turo et Anne Sophie Cases, les interruptions de concentration augmentent drastiquement le temps de déroulement de la tâche et l'impact est réel sur l'augmentation du stress pour l'individu. Dans le cas de Maëlle c'est la notion de stress qui l'impact le plus lors des différentes interruptions qu'elle subit dans la journée. Sinaï (Lignes 18-22), met en lumière l'allongement du temps pour effectuer un soin qui a été interrompu. Elle exprime le besoin de reprendre tout depuis le départ pour ne pas manquer une étape qui pourrait être cruciale. Elle explique aussi qu'avec l'expérience qu'elle a acquise au cours des années de soins en services et sa capacité d'analyse qui s'est adapté à ses interruptions, elle ne recommence plus toute les tâches. Elle est désormais en capacité de reprendre une partie des tâches là où elle les avait laissées sans recommencer tout le processus depuis le départ. Malgré tout elle garde comme reflexe de recommencer, notamment pour les tâches qui présentent des risques comme la distribution des médicaments ou leur préparation.

Enfin Joséphine (Lignes 38-44), décrit également un sentiment de ne pas avoir fait le nécessaire. Elle exprime, comme ses collègues l'ont fait d'une certaine manière, la difficulté que cela peut représenter de passer d'une information à l'autre, de la concentration à un flou cérébral. Elle parle de « Gymnastique » de l'esprit qui requiert une grande capacité d'adaptation et qui dans certains cas présente des différences d'intensité au niveau de la concentration. L'approche de Joséphine est psychologique, pour elle mais aussi pour le patient. Elle parle de l'interruption comme un blocage qui peut atteindre autant le patient que le soignant et qui a de lourdes conséquences... « il y'a des choses importantes qui devaient se dire qui ne se diront peut être jamais. » (Ligne 43). Cette phrase me paraît être d'importance à souligner.

Les impacts des interruptions sur les soignants sont multiples, ils incluent des sentiments, des ressentis, des réflexions propres à chacun et de façon étonnante universelle d'une certaine manière. Les soignants sont dans tous les cas impactés par les interruptions, elles les déstabilisent et entraînent chez eux une coupure significative de concentration mais aussi du stress, de la fatigue ou de l'agacement

6.1.3 Impact des interruptions de tâche sur la qualité et la sécurité des soins

Concernant la qualité et la sécurité des soins tous s'accordent à dire que les interruptions de tâche ont un impact non négligeable sur ces deux facteurs du soin.

Amy (Lignes 32-34, 36) souligne le fait que le métier infirmier est un métier avec beaucoup de responsabilités et « qu'il faut penser à tout et tout le temps » (Ligne 33). Le fait d'être interrompu met en insécurité les patients qui risquent d'être victimes d'erreurs mais aussi les soignants qui se sentent en insécurité dans leur pratique. Concernant la qualité, elle aborde la perte d'efficacité reconnue par le personnel soignant à la suite d'interruptions de tâches. Comme sa collègue, Salim décrit l'impact dans la qualité et la sécurité des soins (Lignes 58-61, 64-70), notamment dans la présence d'une discontinuité du soin et l'augmentation du temps de prise en charge. La sécurité des patients est aussi impactée selon lui. Il donne l'exemple de la préparation de médicaments à risque qui pourrait avoir des conséquences graves sur le patient si la dose prescrite n'est pas respectée. Les interruptions peuvent être source d'erreurs de calcul ou de préparation. Il priorise dans son exemple les tâches qui peuvent être à haut risque comme la

préparation ou la reconstitution d'un médicament, car il les identifie comme les plus à risque d'erreurs. Le reste des tâches ne représente pas forcément un grave danger pour lui. Beth infirmière en psychiatrie (Lignes 26-31) rejoint l'exemple de Salim en parlant des traitements et du fait que les interruptions lors de la préparation ou de l'administration représente un risque réel et quotidien.

Maëlle (Lignes 27-33) parle d'impact sur son état d'esprit au même titre que l'impact sur la sécurité du patient. La place du patient est pour Maëlle très importante, elle parle de personnalisation du soin, de moments avec le patient et pour le patient. C'est par ce positionnement qui considère l'Autre comme une fin en soit que Maëlle définit l'impact sur la qualité et la sécurité des soins. Le fait de pouvoir être coupée dans la personnalisation d'un soin représente pour elle une atteinte à la sécurité émotionnelle ou individuelle du patient. Sinaï (Lignes 25-27) rejoint d'une certaine façon cette notion de vécu de la sécurité pour le patient. Elle désigne le fait que pendant ou après une interruption, les patients sont plus méfiants. Ils se sentent de façon consciente ou non, impactés par l'interruption qui a eu lieu, ils analysent et observent les professionnels. Lors d'une interruption les patients peuvent bien sûr se rendre compte que le soignant a été impacté de façon plus ou moins importante. Sinaï évoque le fait de comprendre l'appréhension des patients, car ce sont des personnes avec leurs vécu, leurs ressentis, leurs douleurs et leurs maladies qui donnent leur confiance à des soignants qui restent aussi des inconnus. Le fait de placer sa santé, son évolution entre les mains d'Autrui représente beaucoup.

Enfin Joséphine (Lignes 49-52) évoque l'importance de se remettre dans la tâche après une interruption pour réduire les atteintes à la sécurité et à la qualité des soins. Si cela n'est pas possible, elle mentionne le fait de pouvoir faire appel à une aide extérieure. Dans les cas où l'interruption nous a trop perturbée, la délégation à une collègue disponible est possible pour le soignant, ce qui lui permettrait de prendre le temps de se reconcentrer ou de finir une tâche annexe. La délégation ne peut être faite qu'entre professionnels de même compétence, ce qui certaine fois réduit les possibilités. En effet une infirmière ne peut pas déléguer certaines tâches à une aide-soignante ou un kiné par exemple. Ces tâches font partie de son domaine de connaissance et de sa responsabilité. Joséphine aborde la possibilité de déléguer comme une aide qui peut être précieuse pour les soignants et qui intervient dans une volonté de sécurité des soins pour le patient.

6.2 La relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné est le deuxième thème abordé lors de mes rencontres avec les professionnels de santé. Il était important pour moi d’imager et de décrire les relations de soins qui se forment entre un soignant et un soigné. Le soin est un exercice qui demande de nombreuses compétences, une des plus importante est la notion de relation. En effet la relation de soin si elle a plusieurs définitions comme vu précédemment est dans tout les cas et dans tous les moments au cœur de la prise en charge.

6.2.1 Définitions de la notion de relation soignant-soigné

Amy (Lignes 39-41) désigne la relation soignant-soigné comme un lien humain entre le patient et celui qui le soigne. Elle aborde cette relation dans un cadre avant tout professionnel, car les IDE sont des professionnels reconnus par un diplôme d’état à qui on demande un certain nombre de connaissances et de discernement dans des situations bien précises. Amy aborde le côté professionnel de la relation surtout du côté soignant, pour le patient elle désigne cette relation comme la prise en charge qui va être apportée par l’équipe soignante. Cette prise en charge représente pour Amy une certaine individualité du soin et c’est ce qui permet au soigné de se sentir légitime dans cette relation. Amy aborde donc une définition axée sur la particularité de ce lien qui se forme entre deux inconnus comme le définit le Larousse dans une des définitions de la relation de soin développé dans la partie Cadre de Référence.

Salim (Lignes 74-79) et Sinaï abordent tous les deux la notion de confiance dans cette relation soignant-soigné. La confiance qui lie le soigné au soignant se construit selon Salim par le fait de montrer au patient que l’on est présent pour lui. Salim parle de présence complète autant physique que psychologique du soignant pour le patient, il exprime le fait qu’il faut être connecté à 100% à l’autre et pour l’autre. Ce point de vue inclue le fait pour le soignant de pouvoir prendre un temps nécessaire à chacun et lui consacrer toute son attention, cela implique donc que les

interruptions de tâche qui viennent diminuer l'attention que le soignant a pour le soigné et brise le lien qui se construit entre eux. Salim dit qu'il faut être « le plus possible présent », sur ces moments où le temps est compté, où les tâches s'accumulent et où certaines interruptions peuvent avoir lieu. La relation à l'autre est donc de toujours faire ce qui est en notre pouvoir pour être le plus disponible possible pour l'Autre, de lui laisser une place nécessaire malgré le bruit, les impératifs, la fatigue et les différentes missions. Le soignant est celui qui construit une place au soigné malgré tout ce qu'il a à gérer autour, Salim dit que lorsque c'est possible il faut être là à 100% et même lorsque ça n'est pas possible, on doit être présent du mieux qu'on le peut.

Sinaï (Lignes 31-33) elle, parle de confiance, de bienveillance et de respect. Ce sont trois notions qui construisent sa définition de la relation soignant- soigné. La bienveillance est décrite dans le cadre de référence par une définition de L'ANESM est complétée par Sinaï avec la notion de Respect, c'est en effet deux notions différentes. Dans la construction de mon analyse, la notion de respect apparaissait de façon sous-jacente dans toute mes définitions et mes réflexions. C'est pour moi une évidence telle que je n'ai pas ressenti le besoin de le définir spécifiquement. Sinaï pointe ici avec justesse que le respect et la bienveillance sont deux notions différentes qui même si elles se complètent, n'en restent pas moins distinctes et singulières.

Les définitions de cette relation soignant- soigné sont aussi nombreuses que les individus qui la partagent et celle de Sinaï m'a permis d'analyser ma perception des choses, et de pouvoir continuer d'apprendre la multitude de notions et de possibilités de mots et de définitions qui pourraient représenter la relation soignant-soigné.

Maëlle (Lignes 49-51) utilise une métaphore pour décrire sa perception de la relation soignant-soigné, en effet elle parle d'une « bulle » dans laquelle se met le soignant lors de son soin et qu'il partage avec le patient. Dans ce partage il y a la notion de présence comme son collègue Salim, pour Maëlle cette bulle représente un moment privilégié entre deux individus pendant un soin. Cette bulle est par définition une protection qui permet de tisser des liens privilégiés entre le soignant et celui dont il a la charge.

Enfin Beth (Lignes 35-38) et Joséphine (Lignes 64-65), infirmières en psychiatrie décrivent que pour elles une relation soignant-soigné est une relation dans laquelle le patient se sent assez à l'aise pour discuter, exprimer des ressentis ou des émotions, se livrer aux soignants sans avoir peur du jugement ou des répercussions. Beth décrit le fait que certains patients n'osent

pas se confier aux médecins ou aux psychiatres et qu'ils trouvent refuge quand ils en ont besoin auprès de celles avec qui ils partagent ce lien si particulier. Joséphine la rejoint sur ce point de vue en exprimant le fait que le plus important pour elle est d'être quelqu'un en qui les patients peuvent avoir confiance et vers qui ils se tournent pour discuter. Elle décrit le fait d'avoir le sentiment de faire son travail en permettant aux soignés de pouvoir se livrer. La discussion détient une place une importance capitale en psychiatrie et c'est par elle que beaucoup de prise en charge sont possibles.

Joséphine (Lignes 52-58) aborde aussi la difficulté de certaines situations pour construire une relation soignant-soigné, en effet en unité fermée de psychiatrie, où elle travaille, la majorité des patients sont dans des cas d'hospitalisation sous contrainte, contre leurs grès. Ils ne s'estiment pas en besoin de soins et n'en comprennent souvent pas la nécessité ni la privation de liberté qui en découlent. Joséphine décrit le positionnement complexe du soignant qui est souvent considéré comme le mauvais objet par le patient et que malgré la complexité de l'instauration d'une confiance et d'une relation de soin, elle reste la base de tout le processus de prise en charge et de soins.

6.2.2 Impact de l'interruption de tâche dans la relation soignant-soigné

L'interruption de tâche s'accompagne dans une grande majorité des cas d'impacts qu'ils soient physiques ou psychologiques comme nous l'avons décrit précédemment dans le cadre de référence. Dans cette partie de l'entretien je voulais mettre en avant les différentes conséquences de cette interruption sur la relation de soin selon les professionnels de santé. La majorité d'entre eux s'accordent à dire que l'interruption va avoir des conséquences négatives sur ce lien si particulier.

Salim (Lignes 80-84) et Beth (Lignes 41-43) évoque le fait que l'attention du soignant est détournée du patient. Que le fait de ne plus être à 100% avec lui impacte sa confiance concernant le professionnel. Beth exprime le fait que cela peut déstabiliser la personne soignée, le faire se sentir négligeable par rapport à une information ou à une situation extérieure. Le patient peut éprouver un ressentiment légitime au fait d'être considéré selon lui comme anodin, alors que son

monde, ses habitudes, ses projets viennent peu être de s'écrouler ou de changer du tout au tout avec l'apparition d'une pathologie ou la chronicité de celle-ci.

Maëlle (Lignes 53-58) suit son explication grâce à la métaphore de la bulle, elle explique le fait que cette bulle, qui est censée représenter le moment particulier que vivent le soignant et le soigné, se retrouve « brisée » par les interruptions extérieures. Cette métaphore met en image le fait que la relation n'est plus protégée lors d'une interruption, qu'elle n'est plus un refuge pour le patient. Maëlle parle de mise en place de stratégies pour limiter cet impact, mais elle considère le fait que sur le long terme, elle ne trouve rien d'efficace. L'impact sur les soignants qu'elle décrit est celui fait sur les transmissions qu'elles soient écrites ou orales. Le fait de déstabiliser ce moment privilégié a un retentissement sur le soignant dans le traitement des informations qu'il va devoir transmettre à ses collègues. Ce qui de façon générale vient impacter la continuité des soins dans sa globalité. Elle parle du fait que tout cela « abîme » la relation de soin, que ça la détériore.

Amy (Lignes 47-50) elle aussi est persuadée d'un impact défavorable des interruptions dans la relation soignant-soigné. Elle prend comme exemple les moments d'échanges qui peuvent être des entretiens informels et qui représentent des moments de grande importance pour les patients. Le fait de pouvoir être interrompu peu être vécu de manière grave par les patients. Amy décrit qu'avec l'expérience et son évolution dans sa pratique elle s'autorise désormais à ne plus répondre aux appels téléphoniques si ce n'est pas urgent dans ces moments qu'elle désigne comme particuliers.

Enfin Joséphine (Lignes 67-69) présente un tout autre point de vue que ses collègues. Elle exprime le fait que l'impact est souvent minime. En effet les patients qui ont construit ce lien de confiance avec les soignants ne se trouvent que peu impactés en général. Ils comprennent que le soignant exerce une profession avec des responsabilités et qu'ils sont souvent demandés voir obligés de déplacer leur concentration sur autre chose. Les patients sont pour elle dans une capacité d'analyse qu'il leur permet de comprendre le fait que les activités des soignants leur demandent une adaptabilité quotidienne. Pour elle et en général, les patients n'en veulent pas aux soignants. Dans cette analyse on peut faire un lien avec l'article d'Isabelle Chevalier « *Psychiatrie et interruption de tâche, une opportunité thérapeutique* », qui décrit le fait que certaines interruptions sont bénéfiques. Ici le patient accepte que d'autres situations que la sienne peuvent justifier l'intervention rapide de leur soignant, et que ce sera le cas pour lui si son état le nécessite.

C'est aussi le cas dans une autre dimension pour les patients en psychiatrie, qui peuvent grâce à celles-ci explorer et renforcer leurs capacité d'adaptation à l'évolution des situations qu'ils ne maîtrisent pas encore, sans que cela déclenche pour eux une réaction inappropriée.

6.2.3 Le maintien d'un lien de confiance grâce au positionnement soignant

Lors d'interruptions dans un soins ou dans un moment considéré comme privilégié entre le soignant et le soigné, les professionnels de santé doivent réagir en fonction de la situation pour maintenir une relation de soin. Celle-ci est au cœur de la prise en charge. Mais le maintien de cette relation peut sembler complexe, de par les différences de situations, les différences de réactions, les barrières de langues ou de comportements. Lors des entretiens j'ai demandé aux soignants leurs méthodes pour rétablir un événement qui a été interrompu.

Amy (Lignes 65-70) et Joséphine (Lignes 77-81) privilégient l'explication. En effet elles vont revenir avec le patient sur l'interruption en s'excusant d'avoir dû répondre ou certaine fois se déplacer. Toujours avec la réserve du secret professionnel concernant le pourquoi, elles expliquent au patient les raisons de cette interruption. Cela peut être « Excusez-moi on a été coupés » ou « Pardon on avait besoin de moi », surtout si cela a été une interruption longue comme l'explique Amy. Toutes les deux essayent de reprendre l'action ou elles l'ont laissée, en communiquant d'abord avec le patient puis en se reconcentrant dans leur tâche. Dans le cas de Joséphine elle explique que si le patient ne se sent plus apte à reprendre un entretien ou une discussion elle précise qu'elle se rendra disponible si jamais il voulait revenir à un autre moment.

Salim (Lignes 89-100) explique le fait que certaines tâches sont faites machinalement et qu'avec l'expérience il a de moins en moins besoin de reprendre toutes les étapes mentalement pour continuer sa tâche, là où il l'a arrêtée. Il garde quand même un point de vue critique face à ce comportement. Pour lui il faut quand même faire attention surtout dans les tâches considérées comme à risque. Il parle d'habitude des soignants d'être interrompus et de cette gymnastique mentale qui se fait de plus en plus machinalement lors d'interruptions. La première chose qu'il décrit faire inconsciemment dans des moments complexes ou lors d'interruptions qui le

déstabilisent, est celle de refaire toute les étapes mentalement, d'essayer de se souvenir du moment avant l'interruption, de recompter tout le matériel qu'il a utilisé ou dont il a besoin. C'est ce qui lui permet de pouvoir reprendre son action au mieux après avoir été interrompu.

Pour Maëlle (Lignes 74-85) le fait de noter les informations lui permet de ne pas perdre complètement le fil. Elle décrit la difficulté dans certaines situations de pouvoir noter les informations ou de les noter au complet. Dans ces moments-là, les informations ne sont pas complètes et vont impacter certaines fois, de façon ultérieure et souvent inévitable l'organisation du soignant ou des soins. Elle explique après le fait de se repositionner avec le patient dans le soin et de se repositionner aussi mentalement dans la tâche qu'elle a à accomplir. Elle se pose des questions, elle imagine son soin mentalement, c'est ce qui lui permet de reprendre l'action au bon endroit.

Pour Sinaï (Lignes 40-44) son comportement dépend de la tâche pour laquelle elle a été interrompue, avec l'expérience elle est capable de reprendre des tâches sans vraiment se poser de questions sur le moment de l'interruption. Elle a le recul pour avoir l'habitude d'effectuer certains soins ou certaines tâches et donc ne plus se perdre dans le déroulement de celles-ci. Dans le cas des tâches plus complexe comme la réfection de pansements délicats ou la préparation de traitements elle va avoir tendance à reprendre aussi comme ces collègues, les différentes étapes de son action mentalement pour être sûr de ne pas rater une étape qui pourrait être décisive.

Enfin Beth (Lignes 47-49) décrit le fait qu'elle a repéré les interruptions à risque d'erreurs notamment la distribution des traitements. De par son poste en psychiatrie ces moments sont importants et souvent à risque d'interruptions. Dans ces cas elle va préférer s'isoler du bruit ou de la perturbation en fermant la porte ou en changeant d'endroit pour tout jeter et repartir à zéro dans la préparation des traitements, quand elle pense avoir manqué une étape importante.

6.3 Thèmes inattendus

Lors de mes échanges avec les professionnels de santé j'ai pu aborder leurs difficultés et leurs ressentis de la profession comme ils la vivent au quotidien. Certains thèmes auquel je n'avais pas pensé ont été abordés par les soignants.

6.3.1 La notion de refus

Maëlle (Lignes 88-91) aborde la notion de refus lors d'interruptions auquel elle est confrontée. Elle ne sent pas légitime de pouvoir répondre négativement à une sollicitation ou de pouvoir la remettre à plus tard. L'analyse de Maëlle se porte sur l'impossibilité de dire non à cause des conditions de survenue des interruptions de tâche. Elle met en lumière l'intervention de plusieurs professions dans le milieu hospitalier qui donnent des informations, des conduites à tenir ou des actualisations des soins, pour non pas un patient, mais en général pour plusieurs patients dans un secteur de soin. L'IDE est la pierre angulaire de cette organisation, elle est à la croisée des informations, des démarches, des surveillances en liens avec les patients dont elle a la charge. Maëlle met en évidence la difficulté de la posture de refus et de ce qu'elle peut engendrer pour l'organisation du soignant et du service de soin en entier. En effet sur quels critères l'infirmière peut décider qu'une interruption est plus pertinente qu'une autre, plus légitime ? Maëlle exprime être inquiète de passer à côté d'une information qui pourrait être de grande importance pour un des patients dont elle a la charge. Cette notion inattendue apporte une possibilité de réflexion sur la capacité des soignants à pouvoir trouver des alternatives lors d'un moment d'interruption et de leur légitimité à refuser cette interruption.

6.3.2 Le cerveau féminin et la capacité d'adaptation

Joséphine (Lignes 131-133) aborde la notion de la capacité des femmes à pouvoir traiter « plusieurs informations en même temps ». Cette capacité est pour elle un atout concernant les nombreuses interruptions de tâche auxquelles le personnel soignant est confronté. Au-delà d'être une femme elle explique le fait que la pratique et l'expérience fluidifie aussi les choses. Avec le temps les IDE sont capables de pouvoir faire plusieurs choses à la fois. Elle explique (Lignes 139-141) que désormais elle peut préparer des médicaments tout en suivant une conversation à l'extérieur de la pièce. Elle précise aussi qu'il peut toujours y avoir des erreurs mais que dans la pratique, du multitasking est fréquent.

La formation infirmière est en effet une formation avec une majorité de profil féminin mais les professionnels masculins exercent leur travail dans les mêmes conditions avec la même formation que leurs collègues femmes. Ce thème abordé par Joséphine met peut-être plus en exergue une capacité des soignants de concentration possible sur plusieurs tâches, avec l'expérience. La notion de multitasking a été développée dans le cadre de référence, et elle est en effet possible si les missions sont proches et la connaissance de leur réalisation est parfaitement maîtrisée.

6.3.3 L'organisation des équipes et le manque de personnel soignant

Beth (Lignes 54-57) évoque au cours de l'entretien que selon elle il y'aurait moins d'interruption si les soignants étaient plus nombreux. En effet les équipes sont en tension du fait de manque de personnel soignant. Beth explique le fait que les patients ressentent cette tension et peuvent à certains moments freiner leurs demandes pour ne pas rajouter du travail aux soignants qu'ils voient déjà débordés. Mais ils sont légitimes de demander, ils sont en souffrance, ils ont des pathologies qui doivent être prise en charge, des soins qui doivent être faits. Certains demandent du temps mais ce sont des soins nécessaires, les patients sont là pour être pris en charge, pas pour contenir leurs besoins car ils ont perçu les difficultés des soignants. C'est ce point de vue que Beth défend, pour elle si l'organisation des soins prévoyait plus de professionnels de santé, ceux-ci auraient plus de temps pour les patients

6.3.4 Impression d'inefficacité des mesures mises en place pour limiter les interruptions de tâche

Lors de mes entretiens j'ai pu aborder avec les professionnels la question des outils mis en place ou recommandés par la HAS comme des gilets jaunes pour identifier un professionnel à ne pas déranger (tournée de médicaments).

Amy (Lignes 82-83, 85-86, 88-89) décrit le fait qu'au sein du service de SMR dans lequel elle travaille des brassards fluorescents ont été mis en place. Les soignants les mettaient au niveau

des bras lors des tours de médicaments pour signifier aux patients ou aux familles qu'ils étaient en train de faire une action qui comprenaient certains risques. Elle personnellement n'était pas encore présente dans le service pendant la période d'essai mais elle a eu des échos de ses collègues. Elle explique le fait que les gens ne font pas attention à ces dispositifs. Ils interrompent malgré tout. Ou s'ils n'interrompent pas ils restent en attente « oppressante » à proximité, ce qui dérange aussi l'IDE qui finit par demander la raison de cette attente.

Sinaï (Lignes 59-61) rejoint le point de vue de sa collègue, elle a comme elle essayé ce même dispositif et comme sa collègue elle a fait face aux mêmes difficultés. Ces brassards fluorescent avec l'écriture « Ne pas déranger » sont encore présents sur les chariots de soin de cet hôpital. Amy m'en a sorti un pour que je puisse le voir lors de mon entretien avec elle. Ils ne sont désormais plus utilisés car les soignants n'ont pas remarqué d'amélioration, ils sont toujours interrompus lors de la distribution de médicaments notamment. Cette particularité observée dans ce centre hospitalier peut nous faire réfléchir sur le besoin de dispositifs qui pourrait réduire les interruptions vécus par les soignants.

7 Synthèse des entretiens

Au cours des différents entretiens que j'ai eu l'occasion de faire, j'ai pu rencontrer des professionnels différents en tout point, sur le vécu, sur le choix des spécialités d'exercice ou encore sur les expériences qu'ils ont pu construire. Cependant au fur et à mesure des échanges j'ai pu remarquer qu'ils partageaient beaucoup de ressentis semblables.

En effet chacun d'eux se trouve exposé à la problématique des interruptions de tâche dans leur pratique. Elles présentent dans tous les cas un impact jugé non négligeable. La majorité des réponses lorsqu'on aborde la question de la nature des IT désigne le téléphone, cependant les infirmières de psychiatrie citent en premier les patients comme premier interrupteurs. On observe également une répercussion différente selon les domaines d'exercice. Dans les services de court et moyen séjour les IT impactent les actes techniques ou jugés à risque (préparation des traitements principalement), dans le service de psychiatrie elles atteignent plus gravement la relation soignant-soigné, en rompant des liens parfois très délicats d'alliance thérapeutique.

Les interruptions sont définies par la majorité des soignants comme une coupure extérieure, qui vient mettre un terme à l'activité en cours. Si elle ne l'arrête pas totalement, l'IT a une conséquence indéniable. Les soignants désignent ainsi une grande probabilité d'erreurs qui accompagne ces interruptions. La plupart ont déjà dans leur pratique analysé un certain nombre d'activités jugées à « hauts risque d'erreur » s'ils sont interrompus, c'est le cas principalement de la distribution ou de la préparation des médicaments.

Les soignants livrent un ressenti général de ne pas faire les choses correctement lorsqu'ils sont interrompus, certains parlent de frustration, d'autres de colère, d'autre encore de stress. L'impact des interruptions sur les soignants révèlent aussi les limites d'une organisation, elle atteint le professionnel de manière véritable et déstabilise leur façon d'analyser, de ressentir ou de vivre ses soins.

Chacun soutient le fait que les interruptions influencent de façon négative la qualité et la sécurité des soins qui sont dispensés aux patients. En effet au-delà des risques d'erreurs liés au soin dont certaines peuvent être grave, d'autres atteintes peuvent impacter la qualité et la sécurité, notamment quand les IT perturbent les transmissions ou ralentissent voire désorganisent les procédures de soin.

La relation soignant-soigné est pour eux essentielle et au cœur de leur représentation fondamentale du métier IDE. Pour autant elle se définit de façon singulière pour chacun. Des mots différents sont employés mais la volonté reste universelle. Les soignants sont là pour le patient et avec le patient. Ils sont très sensibles aux ressentis que les soignés peuvent avoir, et aux conditions dans lesquelles ils sont pris en soins. Dans beaucoup d'entretiens, les professionnels expriment le fait de vouloir être à 100% présent pour le patient lors d'un soin ou de l'être le plus possible si les 100% ne sont pas atteignables. Cette présence se manifeste par une posture physique mais aussi mentale avec une concentration centrée sur l'Autre.

Les soignants ont à cœur de maintenir cette relation de soin lors d'une interruption qui vient bouleverser des moments considéré comme spéciaux. Tous tentent de différente manière de reprendre leurs tâches de façon à ce que l'IT ait le moins d'impact pour le patient. Ils prennent alors le temps d'expliquer, de rassurer, d'écouter. Ils s'excusent, ils restent pour finir ce qu'ils ont commencé ou pour le recommencer depuis le début avec toujours cette volonté de faire au mieux, de faire ce qui est le moins risqué pour le soigné, le moins impactant. Les professionnels de santé

prouvent encore une fois leur remarquable capacité d'adaptation, tout en restant conscients de sa limite. Pour autant les IT semblent inévitables, et même inhérents à la fonction, ce qui met en perspective la destinée manifeste des soignants.

En comparant avec mon cadre de référence, il me semble que le thème des IT n'a pas encore été intégré par les services hospitaliers comme étant une problématique telle qu'elle justifierait d'une procédure spéciale de prévention. Les professionnels n'ont évoqué ni RMM ni Crex qui aurait pu être faits dans un contexte d'EIGAS lié à une IT, et en général ils ne revendiquent pas le fait de ne plus subir d'IT. Il s'agit pour eux de trouver des mécanismes d'adaptation, mais qui survient surtout avec l'expérience et qui s'adaptent à l'activité du service.

Enfin plusieurs thèmes auxquels je n'avais pas pensé ont été évoqués : la difficulté à refuser d'être dérangé, la notion d'une certaine capacité féminine ressentie, de mieux réussir à faire 2 tâches simultanées, la responsabilité ressentie liée à l'organisation hospitalière (manque de personnels) ou encore l'inefficacité des outils de prévention (brassards d'identification).

8 . Problématique

À l'issu de mes recherches qui ont étayées mon cadre de référence, des entretiens réalisés auprès de 6 professionnels exerçant dans 3 activités différentes (Médecine polyvalente, SMR et Psychiatrie), je trouve une confirmation de ce que j'ai ressenti dès mon premier stage en milieu hospitalier : les interruptions de tâches (IT) influencent la qualité, la sécurité des soins, la relation au patient, alourdissant la charge mentale des professionnels.

Les IT influencent la qualité des soins : en perturbant la concentration et en augmentant la charge cognitive, en augmentant le risque d'oubli, de perte d'information, en ralentissant le temps d'exécution attendue d'une tâche et en obligeant à revérifier pour ne pas risquer l'erreur. Cela majore mécaniquement la fatigue mentale et le stress. En situation de stress, il est plus probable de quitter ses routines sécurisantes ou ses procédures, et de trouver des mécanismes d'adaptation qui seront très dépendants de soi, et qui ne seront pas forcément compréhensibles, voir qui passeront inaperçus pour les autres membres de l'équipe ou pour le patient. Et à chaque

fois que l'IDE est isolé(e), il risque d'aggraver ses troubles, de modifier sa confiance soi ou même de perdre le sens à son travail, comme nous l'avons vu précédemment.

Confrontée à ma propre pratique sur le terrain durant ces 3 années de formation, je pourrai souligner que je n'ai pas entendu aborder la question de l'impact des IT sur la traçabilité dans les dossiers du patient. Les IT risquent par nature d'interrompre un écrit, le rendant incomplet mais parfois aussi inexistant, faute de temps retrouvé après avoir priorisé ses missions jugées « plus urgentes ». Dans la culture de la transmission orale prioritaire, cet aspect n'a donc pas été mis en évidence, alors que dans les indicateurs qualités de la HAS, la traçabilité est prépondérante.

Les IT influencent la sécurité des soins : l'IT est reconnue comme un facteur de risque d'événements indésirables associés aux soins (EIAS ou EIGAS), bien qu'elles ne soient pas à ce jour définies clairement par la loi. Interrompu, un professionnel peut faire une erreur médicamenteuse dans plusieurs étapes du circuit du médicament, ce qui est très décrit dans la littérature et systématiquement évoqué par les IDE. Il peut s'agir d'un calcul de dose, d'une erreur de préparation, d'un oubli de surveillance, ou d'une précipitation dans l'acte. Un soin à risque ou même réalisé dans un contexte d'urgence, n'est pas forcément préservé d'une autre urgence qui viendrait interrompre la séquence. Les modes proposés de sécurisation des actes à risque, notamment quand ils concernent la distribution des médicaments semblent vains pour les professionnels rencontrés. En effet, ni les brassards ni les gilets sont suffisamment respectés (les professionnels entre eux peuvent identifier ce moment particulier si leur collègue porte un signal visuel, mais les patients ou les familles restent dans leur propre urgence à obtenir ou transmettre des informations). L'isolement au calme, dans une pièce dédiée pour la préparation de produits ou séquence à risque ne protège pas non plus des sonneries de téléphone ou des entrées intempestives de collègues.

A l'issu de ma rencontre avec les professionnels, il apparaît que l'organisation globale des soins oblige finalement chaque agent à décider seul si ou quand il décidera de ne pas se détourner en cas d'interruption de tâche. Il est difficile aujourd'hui dans les dynamiques de soin de répondre à une sollicitation ni urgente immédiate ni grave par un NON franc et non justifié. D'abord par peur d'être mal reçu (par un médecin, un collègue, un cadre, le patient ou sa famille), mais aussi par crainte de manquer une information, même semblant annexe, qui ensuite pourrait sécuriser l'ensemble de la prise en charge.

La HAS évoque des risques d'identité vigilance, mais aussi les erreurs de transmission et commence à communiquer sur les outils spécifiques de prévention possible (amélioration de la communication de la communication en équipe et de la sécurité « SAED »), mais je n'ai jamais vu ces outils utilisés sur le terrain et personne n'y a fait référence lors des entretiens.

Les IT influencent la relation au patient : en altérant la qualité de la relation soignant-soigné. Le patient peut ressentir un manque d'écoute, peut « se refermer », avoir une sensation d'inattention et perdre confiance dans le soignant. Pour le professionnel interrompu, le processus de congruence est rompu, la frustration peut apparaître dans le fait d'avoir dû raccourcir des interactions ou des explications. Parfois et surtout en psychiatrie, cette interruption peut mettre à mal tout le projet thérapeutique.

Il apparaît que dans les 3 activités rencontrées Médecine polyvalent, SMR et Psychiatrie, la perception des IT est similaire en fréquence et en impact négatif, mais pas en thème. Ainsi les services MCO et SMR citent le téléphone comme premier perturbateur, en contradiction avec les études du cadre de référence, alors que les IDE en psychiatrie mettent en premier les interruptions par les collègues ou les patients.

Ce qui semble universel, c'est la dimension de la destinée manifeste : le simple fait d'être IDE intègre la contrainte des interruptions de tâche, sans qu'elle soit à ce jour quantifiée ou combattue, puisque n'ayant pas encore été analysée comme autre chose que des facteurs favorisant d'EI. Se laisser interrompre par un patient peut aussi vouloir dire que l'on reste disponible dans la relation de soin de manière inconditionnelle, pour le bien être des patients, et pour sa perception d'avoir bien fait son travail.

Les IT ne sont pas toujours qualifiées de délétères et ont parfois un impact positif : quand il s'agit de transmettre ou d'obtenir une transmission en urgence, d'une alerte sécurité, d'une demande d'aide rapide ou encore d'une meilleure coordination entre membres de l'équipe, elle peut être reconnue bénéfique.

On pourrait ainsi se dire qu'il ne s'agit pas de rechercher la disparition des IT mais plutôt reconnaître mieux les interruptions nécessaires et celles évitables ou non pertinentes.

L'HAS aborde beaucoup la question de l'organisation des soins comme facteur de contrôle des IT : un service bien organisé permet de diminuer les IT. L'utilisation d'outils comme les check listes sont un support qui améliorent la sécurité, quand une procédure a été interrompue. Enfin elle incite de plus en plus à associer le patient aux vérifications de sécurité dans plusieurs domaines : l'identité- vigilance (le patient compétent donne son nom ou montre son bracelet), l'éducation thérapeutique (le patient connaît ses traitements, identifie les effets indésirables, et peut alerter en cas d'erreur ou d'allergie, etc). Quand le patient n'est pas compétent (enfant ou adultes avec troubles cognitifs), les personnes de confiance ou proches aidants peuvent se substituer au patient.

Il me semble au terme de ce travail, que l'impact négatif des IT mérite d'être encore étudié, afin de limiter les risques d'événement indésirables et d'améliorer la qualité de vie au travail des professionnels. On pourrait aborder deux axes, celui de **l'organisation des soins et de la communication** entre les membres l'équipe, tous métiers confondus, afin que chacun puisse se poser la question suivante avant d'interrompre un collègue « est-ce urgent ? Est-ce indispensable maintenant ? », et que la réponse « pas maintenant » soit acceptable, et celui de **la participation du patient** dans la dimension de la sécurité de sa prise en charge, et du maintien de la qualité du lien soignant-soigné.

Conclusion

Ce travail de fin d'étude a été passionnant à mener, et a confirmé nos impressions que les IT ne sont pas par des événements anodins. Elles perturbent le fonctionnement du cerveau humain et participent selon leur fréquence, d'une simple altération de la concentration jusqu'à parfois l'épuisement psychique. Elles portent également atteinte au processus de soins dans sa qualité et dans la sécurité, et peuvent abimer la relation soignant soigné. Grâce aux six entretiens avec des professionnels de santé, dont les propos ont été confrontés aux recherches de mon cadre de référence théorique, nous avons pu clarifier la nature et la place des interruptions dans l'organisation hospitalière, qu'elles soient bénéfiques ou préjudiciables. Nous avons pu mettre en lumière que bien que très impactantes, elles sont admises comme inhérentes à la pratique de soin.

Les IT sont un phénomène dont l'étude est récente, mais la HAS incite à trouver des solutions pour limiter les risques, ce qui commence à faire changer le regard sur ce phénomène. Les professionnels de santé rencontrés en stage ou lors des entretiens, peu importe leur domaine de compétences, travaillent tous les jours à conserver la qualité et la sécurité des soins pour les patients. Ils ont prouvé que malgré les interruptions, que parfois l'organisation hospitalière provoque par nature même, ils restent très attentifs à celles-ci et mettent tout en œuvre pour préserver une prise en charge avec la meilleure qualité possible.

Bibliographie

- Aubert, N. (2014) Le culte de l'urgence, La société malade du temps. Malesherbes : Flammarion
- Balland, C. (2019) L'Infirmière dédiée aux interruptions de tâches, un maillon essentiel. Soins Cadres N°116, 14-17. DOI : 10.1016/j.scad.2019.10.003
- Bizouard, C. (2008) Vivre la communication (8^{ème} édition). Lyon : Chronique Sociale
- Brient, P.(2007) Du regard a la parole : la relation soignant-soigné en psychiatrie. Cahiers de psychologie clinique. 61-68. DOI : 10.3917/cpc.028.0061
- Canoui, P, Mauranges, A. (2015) Le burn-out à l'hôpital. Le syndrome de l'épuisement professionnel des soignants (5^{ème} édition) Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson
- Choque, S., Choque, J. (2007) Soignants : stress, apprendre à gérer. (2^{ème} édition) Paris : Lamarre
- Deloison, E, Bataille Y, Léon, N, Saint-Lorent,G (2020) Comment réduire les interruptions de tâches lors de la préparation des médicaments ? La revue de l'infirmière n°260-261. 41-43.
- Demange,C.,Thil,E. (2021) Interruptions de tâches chez les infirmières, expérience d'un centre hospitalier. Soins N°860, 12-16 DOI : 10.1016/j.soin.2021.10.002
- Devers , G (2019) Interruption de tâche quelles responsabilités pour le cadre de santé ? Soins Cadres N°116, 20-23. DOI : 10.1016/j.scad.2019.10.005
- Dugravier-Guerin, N. (2010) La relation de soin. Approches éthiques et philosophiques. Paris : Seli Arslam
- Frenot, J-Y. (2014) La Process Communication au service de la relation soignant-soigné. Malakoff : InterEditions

Haute Autorité de Santé (2014) Guide Saed « ça aide à communiquer » pour faciliter la communication entre les professionnels de santé. Saint -Denis. Haute Autorité de santé

Isnard Bagnis, C. (2017) La pleine conscience au service de la relation de soin. Paris : Deboec supérieur

Jouy-Guez, E. (2010) Soigner sans se nier. Ruel-Malmaison : Lamarre

Perigault, F, Fleury, N, El Kouari, F, Nion, N (2016) Administration du médicament, prévenir les interruptions de tâches. La revue de l'infirmière. 20-22. DOI : 10.1016/j.revinf.2010.02.009

Philippon, S (2024) Le juste Soin (2^{ème} édition). Paris. Editions Seli Arslan

Pignault J, Magne J (2014) Gestion des risques et culture de sécurité. Paris. Dunod

Schneider-Harris, J, (2007) Counselling centré sur la personne et non directif et la relation soignant.e-soigné.e. Recherche en soins infirmiers n°87.52-57. DOI : 10.3917/rsi.089.0052

Sitographie

Académie d'Aix-Marseille (2021) *Formation attention*

https://www.site.ac-aix-marseille.fr/circo-saint-remy/spip/sites/www.site/circo-saint-remy/spip/IMG/pdf/formation_attention5mai21.pdf

Agence régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes (s.d) *Evènements indésirables : savoir les qualifier au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux*

<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/evenements-indesirables-savoir-les-qualifier-au-sein-des-etablissements-sanitaires-et-medico>

Cairn info (s.d) Carl Rogers dans *Toutes les fiches de soins pour réussir en IFSI*

<https://stm.cairn.info/toutes-les-fiches-de-soins-pour-reussir-en-ifs-i-9782311661866-page-400>

Dico citations (s.d) *Citation de Cicéron*

<https://www.dicocitations.com/citations/citation-123582.php>

Editions Le Robert (S.d). Bientraitance dans le Dico en Ligne Le Robert

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/bientraitance>

Gouvernement français (s.d) *Comprendre et prévenir le syndrome de l'épuisement au travail*
<https://www.info.gouv.fr/actualite/comprendre-et-prevenir-le-syndrome-de-lepuisement-au-travail>
1

Haute Autorité de Santé (2016) *Addendum , Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments.* www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé (s.d) *Comprendre la sécurité du patient*
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582468/fr/comprendre-la-securite-du-patient

Haute Autorité de Santé (2015) *Démarche centrée patient*
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
f

Haute Autorité de Santé (2024) *Evènements indésirables graves associés aux soins : Rapport annuel 2023*
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-09/abreiges_rapport_annuel_eigs_2023.pdf

Haute Autorité de Santé- Flash sécurité Patient (s.d) *Ressources sur la culture de sécurité et la prévention des événements indésirables.* www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé (2020) *Interruption de tâches lors des activités anesthésiques au bloc opératoire et en salle de surveillance post-interventionnelle.* www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé (2018) *La bientraitance : Définition et repères pour la mise en œuvre*
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf

Haute Autorité de Santé (2026) *quel est le niveau de la qualité des soins en France ?*
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3857995/fr/quel-est-le-niveau-de-la-qualite-des-soins-en-france

Institutta (s.d) *Rester concentré et étudier efficacement : astuces*
<https://www.institutta.com/s-informer/rester-concentre-etudier-efficacement-astuces>

Larousse (s.d) *Ethique dans dictionnaire de français Larousse*
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9thique/31388>

Le Robert (s .d) Bientraitance <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/bientraitance>

Merriam-Webster (s.d) *Manifest Destiny* dans *Merriam-Webster.com dictionary*

<https://www.merriam-webster.com/dictionary/manifest%20destiny>

Organisation mondiale de la santé (s.d) *Quality of care*

<https://www.who.int/fr/activities/preventing-noncommunicable-diseases/quality-of-care>

Science Po (2023) Les entretiens document PDF

<https://sciencespo.hal.science/hal-04087897v1/document>

StuDocu (s.d) *Qu'est ce que le test de l'horloge de Mackworth ?*

<https://www.studocu.com/fr/messages/question/5099425/quest-ce-que-le-test-de-lhorloge-de-mackworth>

Turo, S, & Cases, A-S (2024, 17 avril : *Téléphone, mail, ntifications...: Cmmment le cerveau réagit-il aux distractions numériques ?* Université de Montpellier

<https://www.umontpellier.fr/articles/telephone-mail-notifications-comment-le-cerveau-reagit-il-aux-distractions-numeriques>

Worms Esprit (2006) Esprit <https://shs.cairn.info/revue-esprit-2006-1-page-95?lang=fr>

Annexes

Annexe n°1 : Entretien avec Amy infirmière en service de Médecine et de Réadaptation

1 **Margaux** : Alors du coup je vais vous interroger sur les interruptions de tâches. J'ai une question
2 un peu générale et puis après je déroule hum... les autres questions. Donc je voudrais tout
3 d'abord s'avoir si vous pouviez me raconter le type d'interruption de tâches que vous rencontrez
4 le plus souvent dans votre pratique ? Hum... ici dans votre service ou dans votre quotidien. Ce
5 qui vous vient le plus.

6 **Amy** : (Silence)... hum je ne sais pas lequel choisir ...Non ça reste le téléphone je pense.

7 **Margaux** : Ça revient assez oui.

8 **Amy** : Oui, le téléphone, que ce soit pour tout ce qui est en interne, parce que vu qu'on a le
9 plateau de rééducation, on a la brancardière qui nous appelle souvent, les kinés, tout ça...Les
10 médecins aussi et après les appels de la famille ou de l'extérieur.

11 **Margaux** : Oui d'accord...Je voulais du coup savoir ce que cela représente pour vous la notion
12 d'interruption de tâches ? Avec vos mots ?

13 **Amy** : (Elle sourit et se touche l'avant-bras) L'interruption de tâche, c'est quand on est en train
14 de faire une action et qu'on est coupé ou en tout cas notre attention est coupée par quelque chose
15 qui n'est pas prévu pendant cette tâche-là.

16 **Margaux** : (Hoche la tête) Hum Hum...Au niveau de cette interruption du coup qu'est-ce que
17 vous avez comme impression lorsque vous êtes coupé ? Est-ce que ça altère votre sensation
18 d'avoir bien fait ?

19 **Amy** : (silence)

20 **Margaux** : Qu'elle sensation ça vous provoque ?

21 **Amy** : Hum je ne sais pas décrire la sensation... Mais euh...ça déstabilise c'est sûr parce que on
22 est concentré sur quelque chose et d'un seul coup, il faut se focaliser sur autre chose. Donc déjà,
23 il faut arriver à pouvoir répondre à l'autre attente. Celle où on était pas supposé répondre, ou on
24 n'était pas disposé, et après se reconnecter à la tâche en question sur laquelle on avait notre

25 attention focalisée dessus. Et du coup, des deux côtés, il peut avoir...on ne va pas être assez
26 disponible des deux côtés en fait. Parce que la personne qui nous interrompt n'était pas prévu, on
27 n'avait pas prévu notre attention pour lui et du coup...Dans les deux cas, des fois on n'est pas
28 forcément bon.

29 **Margaux** : Pour celui qui nous interrompt et pour le patient ?

30 **Amy** : Oui c'est ça

31 **Margaux** : Oui d'accord...Je voulais après cela si l'interruption de tâche, selon vous, est ce
32 qu'elle influence la qualité et la sécurité des soins ?

33 **Amy** : C'est clair que oui ! La sécurité oui bien sûr parce qu'on est un métier avec beaucoup de
34 responsabilités ou l'attention doit être omniprésente. Et donc de penser à tout et tout le temps.
35 D'être coupé, c'est très compliqué et ça met en insécurité. Et c'était quoi le début de la question ?

36 **Margaux** : Euh...La qualité et la sécurité des soins ?

37 **Amy** : La qualité oui, elle peut être moins bonne du fait qu'on est moins efficace, oui
38 complètement

39 **Margaux** : (Hoche la tête) Je voulais savoir si vous pouviez me décrire avec vos mots ce que
40 signifie pour vous la relation soignant-soigné ? La relation de soin ?

41 **Amy** : (Elle touche son poignet) ça va être tout ce qui est les relations humaines, les relations
42 humaines avec le patient. Mais dans un cadre professionnel, pour le soignant et pour le patient ça
43 va être toute la prise en charge qu'on lui apporte. Et après euh...je ne sais pas. Je ne sais pas ce
44 que tu attends.

45 **Margaux** : Non c'était juste pour avoir une idée de ce qu'est la relation soignant-soigné pour
46 chacun avec leurs mots. (Petit rire) Je n'attends rien de plus je prends tout moi.

47 **Amy** : (Sourit)

48 **Margaux** : Alors...La relation de soin est-elle impactée selon vous par les interruptions de
49 tâches ?

50 **Amy** : Bah oui parce qu'on va parfois être en entretiens. Fin pas un entretien formel, mais dans
51 un moment où le patient va nous dire quelque chose qui peut être important. (Sourit). Moi je sais

52 que plus ça va dans ma profession et dans mon grand âge, je m'autorise à ne plus répondre au
53 téléphone ou à stopper. Faire en sorte qu'il n'y ait pas d'interruption très longue même s'il y'a
54 déjà une interruption. Par exemple si quelqu'un frappe ou quoi je vais dire « bah non là je ne suis
55 pas disponible ». Ce que je ne m'autorisais pas forcément avant. Ou de plus en plus quand je suis
56 en soins, je ne réponds pas forcément au téléphone. Je vais regarder si c'est important ou pas, par
57 rapport aux urgences par exemple. Mais si ça n'est pas important je m'autorise à ne plus répondre
58 parce que, que ce soit pour ma propre pratique et pour les risques que ça engendre aussi voilà.
59 Aussi pour la relation avec le patient, on se retrouve déjà à devoir sortir de la chambre, parce
60 qu'il y a des choses qu'on ne peut pas dire en chambre devant le patient. Et pour peu que ça soit
61 une situation intime, ou on fait un pansement ou je ne sais quoi, on laisse le patient comme ça.
62 Donc pour la relation et pour ma pratique, je m'autorise maintenant.

63 **Margaux** : C'est difficile au début ?

64 **Amy** : Oui c'est sur

65 **Margaux** : Et je voulais savoir après une interruption de tâche en général, comment vous faites
66 pour, dans votre relation avec le patient expliquer l'interruption, peut-être remettre à plat ? Est-ce
67 que vous lui expliquez les choses ?

68 **Amy** : Oui, oui je dis « Excusez-moi on a été coupé », je reprends le fil avec lui de ce qu'il en
69 était, et voilà expliquer qu'il y eu une interruption. Après selon le degré de durée que ça a été, si
70 ça a été long ou quoi. Si c'est long bien sûr on explique un peu plus, mais on ne peut pas se
71 permettre de donner les tenants et les aboutissants de l'interruption parce qu'il y a le secret
72 professionnel. Mais en tout cas, oui, expliquer la situation et qu'on ne l'a pas oublié et qu'on est
73 toujours présent. Malheureusement si c'est le téléphone, pendant un soin, on peut être coupé 5-6
74 fois, ça arrive.

75 **Margaux** : Hum...C'est sûr. Et pour l'organisation, quand vous êtes coupé comme ça, est ce que
76 vous reprenez depuis le début votre tâche ?

77 **Amy** : (Sourit) ça va dépendre. Par exemple, tout ce qui va être perfusions, les choses comme ça,
78 les injectables, la préparation des médicaments, je reprends du début. Et là en ce moment, par
79 exemple on a une PCA de morphine ou ce n'est pas un soin qu'on a l'habitude de faire, ça
80 nécessite ... On a un protocole qui nécessite qu'on soit très concentré. On doit tout le temps le

81 faire a deux sans être dérangé tout ça. Le téléphone je le met a part, ce n'est pas évident. Donc
82 voilà, les soins vraiment importants ou l'interruption peut-être vraiment délétère je fais attention,
83 pas d'interruption, sauf urgence bien sûr.

84 **Margaux** : Oui bien sûr, c'est sûr. Et vous avez des moyens justement pour prévenir les autres
85 quand vous faites un soin ? Est-ce que vous avez des gilets qui indique que vous êtes concentrés ?

86 **Amy** : On a des bracelets. On avait essayé de mettre en place, parce que aussi ce qui est souvent
87 compliqué c'est le soir par exemple avec la préparation des traitements.

88 **Margaux** : Hum...La fin de journée ? La fatigue ?

89 **Amy** : Oui, et puis il y'a les familles qui sont présentes et là on est interrompu en permanence.
90 Mais les gens ne voient pas en fait.

91 **Margaux** : Le reflexe peut-être d'aller le chercher, de le mettre ?

92 **Amy** : Non mais ça a été. Moi je n'étais pas là quand les filles l'ont fait mais ça a été essayer. Les
93 gens ne le voient même pas en fait.

94 **Margaux** : Hum...

95 **Amy** : La maintenant je crois que sur notre salle de soins, il me semble qu'il y'a une pancarte qui
96 a été mise et c'est écrit « merci de ne pas déranger sauf urgences ». Il y'a un autre endroit aussi
97 ou on a mis une feuille. Je ne sais plus comment c'est écrit, mais en gros, c'est marqué que c'est
98 pour la sécurité du patient ou des familles.

99 **Margaux** : Ah oui, c'est plutôt bien tourné dans ce sens-là

100 **Amy** : Oui c'est bien tourné, ce n'est pas parce que on est feignant et qu'on ne veut pas répondre
101 mais c'est pour la sécurité en fait.

102 **Margaux** : Oui c'est sûr, c'est souvent les gilets qu'on voit, avec les mots comme
103 « concentration » à l'arrière. C'est vrai que moi je n'en ai jamais vu en service.

104 **Amy** : Hum. C'est vrai que le bracelet c'est assez petit (Elle se lève et se dirige vers le chariot de
105 soins d'où elle sort un bracelet jaune fluo avec l'inscription « Ne pas déranger ») C'est assez petit
106 oui, et on le met sur le bras comme ça (Elle le positionne au niveau du biceps puis le range).

107 **Margaux** : Hum... Pour ma part c'est tout bon, je n'ai pas d'autre question. Et voilà j'espère que
108 ça a été clair et si jamais vous aviez encore des choses à dire n'hésitez pas.

109 **Amy** : Non, non c'était bien (Elle sourit), c'était assez clair.

110 **Margaux** : Aller super, c'est tout bon alors, je vous souhaite une bonne journée

111 **Amy** : Merci vous aussi

Annexe n°2 : Entretien avec Salim infirmier en service de Médecine et de Rééducation

1 **Margaux** : Allez, c'est parti. Alors du coup, moi je voulais savoir le type d'interruption de tâche
2 que vous rencontrez le plus souvent dans votre pratique en général ?

3 **Salim** : Alors...L'interruption de tâche qu'on a le plus souvent dans un service de rééducation
4 médicalisée (Se frotte le menton) ...Moi je dirais personnellement que ça va être...Alors je ne
5 sais pas si c'est ça, si c'est compris dans cette généralité-là, mais les coups de téléphone. Les
6 appels téléphoniques je pense qu'ils nous prennent une grande partie des interruptions de tâches.
7 Que ce soit parce que du coup, le métier d'infirmier, tu es au milieu de toute la prise en charge.
8 Donc tu vas gérer ce qui se passe avec la secrétaire, ce qui se passe avec le médecin, ce qui se
9 passe avec les collègues aides-soignantes. On a le centre de rééducation en bas, le plateau
10 technique. Donc finalement, tout le monde t'appelle, c'est vrai que du coup ça évite aussi de le
11 dire des fois en face et de te chercher aussi. C'est pour ça qu'il y a autant de coups de fil de la
12 journée. Donc je dirais dans un premier temps les appels téléphoniques des différentes personnes.

13 **Margaux** : Hum...c'est ce qui revient assez souvent.

14 **Salim** : Qu'est ce qu'on peut avoir d'autre sinon ? (Réfléchit en se frottant le menton) ...Alors ça
15 peut être les interruptions vis-à-vis des aides-soignants aussi, ça arrive quand même souvent
16 qu'on soit interrompu dans un soin par exemple ou quoi que ce soit par les aides-soignantes.
17 Après, ils n'ont pas trop le choix non plus, mais s'ils veulent donner des informations sur le
18 moment et sur ce qui se passe, souvent ils viennent nous chercher en chambre. Donc je dirais que
19 ça c'est aussi la deuxième interruption qu'on a le plus. Je pense que c'est les deux plus grosses
20 finalement. Après, on a des interruptions par la cadre aussi, ou d'autres personnels.

21 **Margaux** : Oui c'est sûr, c'est vrai que l'hôpital, il y'a beaucoup de monde, beaucoup de
22 professions et c'est vrai que du coup on s'interrompt les uns les autres. Je voudrais du coup vous
23 demander qu'est ce que ça représente pour vous la notion d'interruption de tâche ?

24 **Salim** : La notion d'interruption de tâche pour moi ça correspond à l'interruption de la continuité
25 de la prise en charge d'un soin. Donc du coup, je suis en train de réaliser peu importe le soin que

26 je fais ou même un soin relationnel auprès du patient et je vais être obligé de l'interrompre pour
27 interagir ou pour rendre compte à l'autre tâche qu'on me demande ou des fois je suis un peu
28 obligé de le faire en même temps. Des fois il y'a des choses sur lesquelles on est un peu...

29 (Deux hommes rentrent dans la salle de soins avec des blouses de chantier bleue)

30 **Salim** : Bonjour

31 **Margaux** : Bonjour

32 **Homme en blouse** : Bonjour, je regarde juste pour le raccord qui déconne.

33 **Salim** : Bah on fait un entretien audio mais on peut mettre en pause cinq minutes.

34 **Homme en blouse** : Non, non, ne vous en faites pas je ne fais pas de bruit (Il se tourne vers son
35 collègue et entreprend de regarder avec lui le fond de la salle de soin)

36 **Margaux** : Merci. Euh... Je voulais savoir aussi quel est votre ressenti quand vous êtes
37 interrompu pendant que vous faites quelque chose ? Est-ce que vous avez une sensation
38 justement que vous avez bien fait ou que ça vous bloque ?

39 **Salim** : Euh... Comme je disais, il y'a des interruptions de tâches (sourit). Ce n'est pas qu'on est
40 obligé, mais on se sent un petit peu obligé peut-être de répondre à ces tâches qu'on nous demande
41 en même temps que ce qu'on faisait déjà. Mais il y'a quand même une certaine frustration en
42 termes de sentiments du coup. C'est ça la question, une certaine frustration parce que ça nous
43 déconcentre forcément dans la tâche qu'on est en train de faire. Et des fois, on peut perdre aussi
44 un peu le fil de ce qu'on était en train de faire et donc ça peut, je pense, peser un peu sur la prise
45 en charge mine de rien. Moi j'ai un cas très typique : Je me rappelle en fin de journée de travail,
46 j'étais du côté médecine plutôt, où il y avait eu beaucoup d'interruptions de tâches sur le tour des
47 médicaments. Surtout des cadres de santé qui étaient venus me voir pour changer les plannings,
48 des coups de téléphone des familles aussi. Ah, oui, les familles si je peux dire aussi pour revenir à
49 la question d'avant, elles interrompent aussi violemment les tâches des fois. Donc... j'en suis venu
50 à la fin de la journée de travail à réaliser un AES, parce qu'il y avait la fatigue aussi. On avait eu
51 une grosse journée. Toutes ces interruptions ont fait que j'étais moins vigilant aussi des fois.
52 Ça crée une inattention. J'ai eu un AES à la fin d'un tour un peu bêtement. Donc oui il y'a une
53 certaine frustration et puis du coup une adaptation à avoir clairement. Parce que bah comme je

54 disais, si on doit répondre à la demande qu'on nous fait, de cette interruption de tâche, ça peut
55 être frustrant, déstabilisant et puis il faut changer des fois ce qu'on avait prévu, faire autre chose.
56 Il faut se réorganiser.

57 **Margaux** : Hum...C'est sûr. Ça suit un peu ce que vous disiez sur l'interruption de tâche. Selon
58 vous est ce qu'elle influence la qualité et la sécurité des soins ? Et comment pour vous ?

59 Salim : Bah en fait très clairement qu'elle impact on va dire la qualité du soin. Comme je disais,
60 la discontinuité de ton soin, tu vas perdre en attention et du coup quand on va t'interrompre tu vas
61 vouloir reprendre le soin et tu sais plus ou t'en étais ou tu vas peut-être du coup y passer moins de
62 temps parce que tu as perdu du temps sur l'autre chose.

63 **Homme en blouse** : Aurevoir

64 **Margaux** : Aurevoir

65 **Salim** : Bonne journée...Donc oui ça impacte forcément la prise en charge et du coup le risque
66 de faire des erreurs comme du coup ce que je disais, le risque du coup c'est ça, c'est l'erreur en
67 fait. La encore ça peut être dans des interruptions de tâches, un petit peu, dans des soins un petit
68 peu, pas bête, ce n'est pas ça le terme, mais qui ne représente pas un danger grave pour le
69 patient. Mais si jamais, imaginons, tu es en train de préparer un médicament ou quoi que ce soit,
70 ou je pense un service par exemple plus technique aussi, comme de la réanimation. Ou on
71 t'interrompt dans une préparation d'une seringue de potassium, il va falloir quand même faire
72 gaffe.

73 **Margaux** : Ma deuxième partie je l'ai axée sur la relation soignant- soigné. Est-ce que vous
74 pouvez me décrire avec vos mots, avec tes mots, ce que c'est pour toi la relation de soin ? La
75 relation soignant-soigné ?

76 **Salim** : La relation soignant- soigné c'est, je ne sais pas si je suis vraiment dedans quand je vais
77 dire ça. Mais il y'a mine de rien du coup une certaine relation de confiance qui cherche à être fait
78 en tout cas entre le soignant et le soigné. Et d'être, d'être pleinement présent entre guillemets
79 pour le patient, en tout cas d'être le plus possible présent. C'est-à-dire que quand je rentre dans la
80 chambre avec le patient ou quand je suis avec le patient et chaque patient plus ou moins en a
81 besoin. Il faut que je sois entre guillemets psychologiquement le plus présent, c'est-à-dire à 100%
82 avec lui. C'est pour ça justement que les interruptions, je ne sais pas si ça fait le lien avec les

83 interruptions de tâches...Mais du coup ces interruptions de tâches, elles, te privent de cette
84 totalité. Si tu veux de ton esprit vers le patient. Et le fait d'être coupé tu brises un peu la relation
85 du soignant-soigné, c'est de la confiance entre le soignant et le patient. De l'échange et beaucoup
86 d'écoute. Beaucoup d'écoute et ça demande justement de la concentration.

87 **Margaux** : Super du coup j'avais une question sur l'impact dans la relation de soin mais vous
88 avez répondu en même temps. (Sourit) Moi je m'étais beaucoup accablé sur la communication.
89 Après une interruption de tâche comment vous essayez de faire pour vous remettre dans la
90 situation de soin avec le patient ?

91 **Salim** : Avec le temps, depuis que je suis diplômé, il y'a des choses qui se font un peu
92 machinalement. Des fois, et c'est pour ça qu'il faut faire très attention à prendre du recul vis-à-vis
93 de ça et de pas du coup, de pas oublié le patient derrière si tu veux. On a tellement l'habitude,
94 c'est triste mais on a tellement l'habitude d'avoir des interruptions de tâches que tu te, enfin, en
95 fait finalement tu te remets quand même. Enfin tu te remets vite dans ce que tu avais à faire parce
96 que du coup tu prends l'habitude aussi...Mais qu'est ce qu'on peut mettre en place ? (Réfléchit
97 en se passant une main dans les cheveux) ...Je le fais un peu machinalement, c'est un petit peu
98 compliqué de dire vraiment si je fais quelque chose en particulier. Mais j'essaye de vérifier déjà
99 ce que j'étais en train de faire. Ou de regarder si j'ai bien tout le matériel déjà que j'avais pour.
100 J'essaye en tout cas de me souvenir sur quoi je partais à la base. Je pense que c'est la première
101 chose qu'inconsciemment en fait on fait tous. Moi je n'ai pas vraiment de...Je ne sais pas si on
102 peut dire des tips pour se remettre dans le truc.

103 **Margaux** : Oui...Sur le moment est ce que du coup vous réexpliquez l'interruption à la personne
104 ou pas forcément ? Au patient ? etc.

105 **Salim** : Oui ça m'a permis de leur expliquer pourquoi je n'étais pas là pendant. Enfin, pourquoi
106 je n'étais pas là en fait pendant le temps où je pars des fois, parce que des fois on part pour une
107 autre option de tâche. Oui, donc je me permets de leur expliquer pour qu'ils puissent... Ouais en
108 général je me permets de leur expliquer pour pas qu'ils soient dans l'inconnu. Se dire
109 « Bon...Bah il se barre et puis il me laisse tout seul ». Non, ça arrive malheureusement des
110 petites urgences, mais voilà, des choses un peu...Fallait faire dans l'instantané

111 **Margaux** : Hum...Ce n'est pas évident

112 **Salim** : (Hoche la tête et sourit)

113 **Margaux** : Voilà, du coup moi pour le moment j'ai fini avec mes questions et je voulais savoir si
114 ça allait si c'était compréhensible

115 **Salim** : (Hoche la tête). On nous apprenait à l'IFSI de Valence de voir en fonction du coup des
116 questionnements, enfin du coup...Je pense en fonction de ta trame.

117 **Margaux** : Oui c'est un peu ça

118 **Salim** : Je ne sais pas si c'est forcément un entonnoir, mais déjà il y'a une ligne un peu directrice
119 et que ça se rejoint au fur et à mesure des fois aussi sur les questions suivantes. J'ai un peu
120 l'impression que c'est ce qu'il s'est passé finalement. Donc ça veut dire que ton questionnaire il
121 est cohérent. On ne part pas dans l'autre sens ou quoi que ce soit, on ne s'écarte pas trop.

122 **Margaux** : Bah c'est super alors. Mais voilà c'est super merci d'avoir pris le temps en tout cas.

Annexe n°3 Entretien avec Maëlle infirmière en service de médecine et de rééducation

1 **Margaux** : Hop je vérifie juste qu'il lancé. Ouais super. Donc, moi je fais mon sujet sur les
2 interruptions de tâches. J'ai 7 questions et il y'en a une assez globale. Et puis je déroule en
3 fonction, si vous avez quelque chose à dire ou si vous ne comprenez pas, vous me redites.

4 **Maëlle** : (Hoche la tête en silence)

5 **Margaux** : Donc déjà je voulais savoir si vous pouvez me raconter le type d'interruptions de
6 tâches que vous rencontrez le plus au quotidien ?

7 **Maëlle** : Les appels. Les appels des secrétaires, les appels téléphoniques en général.
8 Principalement les secrétaires, les familles et après, hors les appels on a les familles qui nous
9 sollicitent aussi en service. Donc bah... Et les patients parfois qui nous sollicitent pendant notre
10 tour, ils nous interrompent pour qu'on puisse répondre tout de suite à un besoin.

11 **Margaux** : Ok...super. Moi je voulais savoir qu'est ce que ça représente pour vous la notion
12 d'interruption de tâches ? Avec vos mots, vraiment personnellement, qu'est ce que c'est pour
13 vous ?

14 **Maëlle** : Bah...L'interruption de tâche pour moi c'est d'être dérangée lorsque je suis en train de
15 faire un soin ou une activité de soignant.

16 **Margaux** : (Hoche la tête) Ok ça marche.

17 **Maëlle** : Et du coup...De pas pouvoir la poursuivre jusqu'à la fin d'être interrompu en plein
18 milieu.

19 **Margaux** : Et du coup...Fin...Pendant cette interruption, quel est votre ressenti ? Est-ce que
20 vous avez l'impression que la chose n'est pas faite correctement ? Ou est ce que vous avez des
21 sentiments particuliers pendant une interruption de tâche ?

22 **Maëlle** : Euh...Oui, c'est plutôt peur de louper des étapes finalement et de...de...de risquer de
23 mal faire ma tâche. Parce que j'oublie, parce que comme j'étais interrompue, je peux être perdue

24 dans ce que je fais finalement. Oublier des éléments...oublier des étapes, oublier des
25 informations, tout ça.

26 **Margaux** : Oui, ça revient souvent, le fait d'avoir beaucoup de brouillard mental.
27 Touc...Touc...Touc...Est-ce que selon vous...du coup...bah cette interruption elle influence la
28 qualité et la sécurité des soins ? De vos soins en tout cas quand vous êtes interrompu ?

29 **Maëlle** : Totalement oui parce qu'en plus d'interrompre une activité, il y'a tout un état d'esprit.
30 Quand on va faire un soin dans lequel on se positionne, et cet état d'esprit est personnalisé en
31 fonction du soin et du patient qu'on rencontre. Et à ce moment-là, quand on est interrompu par
32 euh...je vous donne un exemple, la secrétaire parce qu'elle a besoin d'un renseignement et ben...
33 du coup c'est administratif, donc euh...ça nous coupe en tout cas dans notre...dans l'état d'esprit
34 dans lequel je vais faire mon soin. Avec la rencontre du patient parce que ...On se prépare quand
35 même.

36 **Margaux** : Hum (Hoche la tête)

37 **Maëlle** : Et puis finalement...on est plus...On a notre esprit, il y'a une partie qui est pollué
38 finalement par l'interruption de la personne, celle qui nous interrompt, donc la secrétaire ou autre
39 chose...euh pour des choses administratives. Non...euh...qui n'ont vraiment...enfin on en a rien
40 à faire à ce moment-là. Et finalement, comme c'est régulier ces interruptions de tâches entre la
41 secrétaire, essaie de tenter 5 à 10 minutes plus tard...euh il y'aura le kiné qui veut une
42 information. Ou alors une famille de patient qui appel alors que c'est 9 h et qu'on n'a pas
43 forcément toutes les infos parce qu'on n'a pas fini la tournée des médecins. Tout ça te coupe
44 aussi dans ton élan...dans la qualité du soin que tu vas faire et dans l'état d'esprit dans lequel tu
45 te prédisposes (Mouvement des mains et silence)

46 **Margaux** : Oui, c'est sur...Ma deuxième partie, moi je l'avais axée sur la relation de soin et je
47 voulais savoir pour vous, avec vos mots aussi, qu'est que ça représente pour vous la relation de
48 soin, la relation soignant- soigné ?

49 **Maëlle** : (Silence)

50 **Margaux** : Comment vous l'imagée ?

51 **Maëlle** : La relation soignant- soigné pour moi...euh...j'inclus le soin même dedans la relation
52 de soins c'est euh...comme une bulle dans laquelle je me mets et dans laquelle il y' a le soignant,
53 moi, et notre soin à faire. Le soin du soignant mais du coup c'est partagé.

54 **Margaux** : C'est une jolie métaphore

55 **Maëlle** : Et du coup quand on vient nous interrompre, on brise notre bulle. Alors...on peut un
56 peu essayer de mettre des remparts. On essaye de noter, mais on n'a pas...c'est pas des solutions
57 à la longue qui vont persister et qui vont nous aider. Finalement il y' aura toujours, ça va toujours
58 polluer finalement. Et du coup ça va s'impacter sur nos transmissions et les transmissions bah
59 c'est quand même l'oral et l'écrit de ta relation de soin. Et si ça c'est impacter le...la continuité
60 du soin fait par le collègue demain et ben il est impacté finalement, ça détériore, ça l'abime en
61 fait.

62 **Margaux** : C'est super c'était ma prochaine question. Comment elle impactait la relation de soin
63 l'interruption de tâche et c'est à peu près...

64 **Maëlle** : Bah...Ca l'impact dans l'état d'esprit, je reviens sur l'état d'esprit parce que du coup on
65 a un esprit qui est coupé en plusieurs morceaux, parce qu'il faut qu'on pense a tout.
66 Et ...euh...du coup dans la communication qu'on va avoir avec le patient on ne sera pas
67 totalement et entièrement voué à ce soi la, parce que on a une partie qui est prise finalement. Et
68 cette communication sera pas forcément...euh...on va peut-être perdre des informations ou alors
69 en tout cas on ne va peut être pas...comment dire ça...on ne va pas capter toute la...tous les
70 éléments qui sont paraverbaux, non verbal dans une communication. Et ben...ça on va peut-être
71 moins être attentive et on va moins capter des choses. Et pareil le soin ne sera finalement pas de
72 la meilleure des qualités en tout cas. Et pareil dans les transmissions et donc dans la continuité
73 des soins, tout ça c'est impacté.

74 **Margaux** : ok...Je voulais savoir...la dernière question c'était après une interruption de tâche,
75 vous, dans votre pratique, comment vous faites pour vous remettre dans votre soin ? Est-ce que
76 vous avez des outils à aborder avec le patient ? Ou pas forcément ? Est- ce que vous reprenez tout
77 depuis le début ?

78 **Maëlle** : (Silence) ...J'essaye de me réimaginer, de me remettre en situation. (Silence). Je note
79 déjà...J'essaye de noter mais comme on a des feuilles, c'est des feuilles volantes donc c'est

80 compliqué des fois. Je note. Ou alors, des fois quand on note, on ne note pas toutes les
81 informations parce qu'on est sur deux choses en même temps simultanément...c'est
82 difficile...donc il va manquer des éléments. Par exemple, je note sur un patient l'information
83 d'une collègue qui peut faire une interruption de tâche...et donc je vais oublier de noter, je sais
84 pas l'heure ou la date ou bah si il s'agit par exemple du labo qui nous appelle...Mince c'était quel
85 chiffre ? Si c'était la CRP qui était à ce chiffre là où c'était quoi?...Parce que j'étais sur deux
86 choses, donc j'ai noté que le chiffre, par exemple...donc je dois rappeler. Mais c'est vrai que
87 comment je m'arme face à ça ? Ma notation et puis après, j'essaie de me repositionner dans l'état
88 d'esprit. On en revient encore là, de me remettre dans juste moi et ma patiente et le soin. Qu'est
89 ce que je dois faire ? Moi j'aimerais bien avoir plus d'armes, ça c'est sûr. J'ai pas assez,
90 j'aimerais bien la solution (Sourire).

91 **Margaux** : Ah oui, c'est sur (Rire). Et vous vous sentez en capacité de dire non ? Là je fais
92 quelque chose...

93 **Maëlle** : Non, parce que c'est bien ça le souci. On peut dire non à qui ? Celui qui nous a
94 interrompu, c'est-à-dire le labo ? La secrétaire ? Qui est un élément important parce que
95 finalement, c'est aussi pour un patient qui est à toi. Pas forcément à ce moment-là mais qui est
96 dans ton secteur. Non au médecin ? Non, on ne peut pas dire non. C'est compliqué de dire non.

97 **Margaux** : Hum...C'est compliqué de dire non...(Silence)

98 **Maëlle** : (Silence)

99 **Margaux** : Pour moi c'est tout bon. Est-ce que ça a été clair ? Ça va ?

100 **Maëlle** : Oui, Oui

101 **Margaux** : (Sourire) Super ...eh ben pour moi c'est tout.

102 **Maëlle** : Très bien ; Merci a toi

103 **Margaux** : Merci.

Annexe n°4 : Entretien avec Sinaï infirmière en service de Médecine et de Réadaptation

1 **Margaux** : J'ai une question générale moi et puis après je développe sur six petites questions et
2 voilà si jamais ...vous me dites si ce n'est pas compréhensible. J'aimerais que vous puissiez si
3 vous pouvez, me raconter le type d'interruptions de tâche que vous vivez le plus au quotidien ?
4 Celle qui vraiment vous viennent tout de suite.

5 **Sinaï** : Le téléphone. Le premier truc, ça c'est le téléphone et après je dirai...entre nous, entre
6 soignant. Je sais que du coup, vu qu'on a un temps de transmission qui est à chaque fois diminué,
7 et du coup on se dit les choses un peu au fur et à mesure. C'est souvent « ah mais en fait tiens,
8 j'ai pensé, voilà ». On est toujours en train de faire quelque chose et puis du coup voilà...voilà.
9 Donc je dirai ouais...ça le téléphone et puis les...enfin entre nous. Ouais c'est une catastrophe ce
10 téléphone.

11 **Margaux** : Qu'est-ce que ça représente pour vous l'interruption de tâche avec vos mots ?

12 **Sinaï** : Un risque d'erreur. Oui un risque d'erreur surtout quand on est sur les traitements et qu'on
13 nous parle en même temps. Donc risque d'erreurs médicamenteuses et puis des oublis...oublis de
14 noter la transmission écrite ou orale.

15 **Margaux** : Hum ...ça revient souvent quand on parle d'interruptions de
16 tâche...Super...Hum...Votre ressenti quand vous êtes interrompu, est ce que vous avez
17 l'impression d'avoir bien fait, mal fait en fonction de l'interruption ?

18 **Sinaï** : C'est que je mets plus longtemps à faire les choses. Dès qu'on m'interrompt, je me redis
19 « Attends du coup je faisais quoi ? ». Et voilà, je perds du temps pour repartir, pour réfléchir.
20 Après il y'a des trucs qui sont un peu plus automatiques, donc il y'a moins de fois où je me pose
21 la question, mais notamment sur la distribution des médicaments. Si j'ai déjà commencé à faire
22 ma vérification et qu'on m'interrompt, ben je recommence ma vérification, donc perte de temps.

23 **Margaux** : Selon vous l'interruption de tâche influence-t-elle la qualité et la sécurité des soins ?
24 Et comment ?

25 **Sinaï** : Oui, Oui, ça c'est sûr. Après on le voit avec les patients, même quand on est avec des
26 patients et qu'on parle entre nous et que finalement on est interrompu, même lui, il ne se sent pas
27 en sécurité, ce que je peux comprendre.

28 **Margaux** : Ma deuxième partie moi je l'ai accès sur la relation de soins, la relation
29 soignant-soigné. Et je voulais savoir avec vos mots, qu'est-ce que ça signifie pour vous cette
30 notion de relation de soins, de relation soignant-soigné ?

31 **Sinaï** : Comme ça qu'est-ce que ça me parle ?...Une confiance quand même mine de rien, cette
32 relation elle permet d'établir une confiance entre le patient et le soigné...Du respect, de la
33 bienveillance aussi entre nous.

34 **Margaux** : Hum... (Hoche la tête) ...L'interruption de tâche est ce qu'elle peut impacter cette
35 relation de soin selon vous ?

36 **Sinaï** : Oui, c'est sûr (Silence)

37 **Margaux** : Je voulais savoir aussi après une interruption de tâche comment vous faites pour vous
38 remettre dans votre soin ? Est-ce que vous reprenez avec le patient ? Est-ce que vous reprenez les
39 choses de votre côté

40 **Sinaï** : Je pense que ça va dépendre du soin. Il y'a certains moments ou je vais tout reprendre
41 parce que pour pouvoir me refaire les tapes ou quoi que ce soit. Mais quand c'est un pansement
42 simple, je ne vais peut-être pas le reprendre de tout le début. Enfin ça dépend vraiment de la
43 situation et de ce que je suis en train de faire. Parce que sinon, il y'a des jours ou je vais reprendre
44 comme ça sans spécialement me poser de questions et d'autre non je vais le refaire.

45 **Margaux** : Est-ce que vous vous sentez dans la capacité de dire non ? Par exemple quand on
46 vous appelle au téléphone, de dire « Ah là, je suis désolée, je suis en train de faire quelque
47 chose ». Est-ce que ça vous est compliqué ?

48 **Sinaï** : Maintenant, j'essaie. Je sais que quand je suis en soin et que j'ai le téléphone qui sonne,
49 alors je regarde qui c'est...donc si c'est le médecin, là, je vais peut-être me dire, il faut peut-être
50 que je réponde. Mais si je vois que c'est les secrétaires ou les numéros extérieurs, je ne vais pas
51 répondre. Et j'appelle après quand j'ai fini mon soin.

52 **Margaux** : Et ça c'est en fonction aussi de la pratique ?

53 **Sinaï** : Il y' a des jours ou je vais le faire parce que si j'ai vraiment été trop interrompue, et
54 bah...sauf qu'a un moment donné, ça va m'énervier et en fait ça va me souler. Et à ce moment là
55 je me dis « Bah, écoute, tu réponds plus, tu...voilà »

56 **Margaux** : En fait moi j'avais lu qu'il existait des outils comme des gilets ou c'est marqué
57 « Concentration » derrière ou des choses comme ça. Est-ce que vous en avez ? Est-ce que vous
58 pouvez les utiliser ?

59 **Sinaï** : Si on a fait des tests justement avec des brassards et des gilets. Sauf qu'on est quand
60 même interrompu. Surtout, on mettait ça au moment de la distribution des médicaments et on
61 s'est retrouvé avec des familles qui nous interrompent tout le temps. Donc finalement, même les
62 familles font partie de nos interruptions de tâches pendant la distribution des médicaments. Ils
63 font pas spécialement attention.

64 **Margaux** : Hum...Mais c'est ça, donc même le fait de...

65 **Sinaï** : On aurait des gros gyrophares...Mais non je pense qu'on les voit. Une fois il était-là, il
66 attendait. J'avais beau distribuer, je le regardais, je voyais qu'il voulait me dire quelque chose. Je
67 me suis au moins interrompue pour essayer d'entendre ce qu'il voulait dire.

68 **Margaux** : Moi j'ai fait le tour.

69 **Sinaï** : C'est vrai que comme ça, c'est assez rapide.

70 **Margaux** : Si jamais ça n'a pas été clair ou que vous avez une situation à partager...

71 **Sinaï** : C'est un grand sujet...

72 **Margaux** : Oui, c'est sûr.

Annexe n° 5 : Entretiens avec Beth infirmière en unité fermée de psychiatrie

1 **Margaux** : Normalement ça enregistre...c'est tout bon. Alors moi du coup, je fais mon mémoire
2 sur les interruptions de tâches. J'ai une grande question et puis après plusieurs petites. Si jamais
3 ce n'est pas clair, il faut me redire. Est-ce que déjà je peux vous demander de vous présenter en
4 grande ligne votre parcours a peu près ?

5 **Beth** : Ok... et bien je m'appelle Beth, je suis infirmière depuis juillet 2024, et j'exerce du coup
6 dans cette unité depuis septembre 2024.

7 **Margaux** : Ça marche super. Donc tout de suite la psychiatrie.

8 **Beth** : Oui...c'est vraiment un choix depuis le début.

9 **Margaux** : Est-ce que vous pouvez me raconter le type d'interruptions de tâche que vous
10 rencontrez le plus fréquemment dans votre pratique de tous les jours ?

11 **Beth** : C'est que les patients ne se soucient pas du fait qu'on soit avec d'autres patients, ils
12 viennent nous interroger ou s'en occuper. C'est vraiment ça le principal dérangement que j'ai.
13 Peu importe la tâche, même les urgences vitales. Ils n'ont aucune empathie ils viennent
14 t'interrompre.

15 **Margaux** : Oui...Ok, j'imagine, ce n'est pas évident. Qu'est ce que ça représente du coup la
16 notion d'interruption de tâche pour vous ? Avec vos mots ?

17 **Beth** : Pour moi, une interruption de tâche c'est quand on vient me déranger et du coup me
18 déconcentrer pendant une action, ce qui pourrait favoriser des erreurs.

19 **Margaux** : C'est ça qui vient en premier, l'erreur, quand je demande c'est vrai que ça vient pas
20 mal. Quand on vous interrompt, c'est quoi votre ressenti du coup sur le moment ? Est-ce que
21 vous avez l'impression que vous arrivez à faire bien les choses ? Est-ce que vous vous sentez
22 embrouillée ?

23 **Beth** : Je sens que j'ai une baisse de concentration, ça peut m'énervé de me faire interrompre.
24 J'essaie de me concentrer parce que je sais qu'on peut vite faire des erreurs.

25 **Margaux** : Oui, c'est sûr. La prochaine question, est ce que l'interruption de tâche selon vous ça
26 altère la sécurité et la qualité des soins ? Et comment du coup quotidiennement ?

27 **Beth** : Par exemple, je sais que nous pour la distribution des traitements, c'est les patients qui
28 viennent a nous. C'est pas nous qui allons dans leurs chambre et souvent, il y'en a qui tapent a la
29 porte, il y'en a qui crient et du coup on est obligé de s'interrompre. Et je sais que la je suis
30 obligée de tout reprendre depuis le début pour bien vérifier de donner les bons traitements aux
31 bons patients...Il y'a quoi aussi ?...(Touche ses cheveux en réfléchissant)..Les entretiens, on est
32 souvent interrompu, donc il faut qu'on reprenne ou on en était, un peu de partout.

33 **Margaux** : Oui c'est sur...Moi j'avais fait du coup le parallèle avec la relation de soin et du coup
34 je voulais savoir, pour vous, qu'est ce que ça signifie aussi la notion de relation de soin avec vos
35 mots ? Comment vous la construisez ? (Fais un geste en montrant la tête)

36 **Beth** : La relation de soins, moi je dirais que c'est quand les patients se sentent assez a l'aise avec
37 nous pour nous parler des choses qui ne vont pas, qu'ils n'auraient peut-être pas dit aux
38 psychiatres ou aux médecins. C'est qu'ils se sentent en confiance et à l'aise avec nous...et qu'ils
39 n'aient pas envie de nous cacher des choses.

40 **Margaux** : Ça marche...Selon vous, est ce que cette interruption-là, elle peut altérer ou déranger
41 la relation de soins ? Que vous avez avec le patient sur le moment ?

42 **Beth** : Oui parce que déjà les patients se sentent plus écoutés a 100% par nous parce que du coup
43 on lui donnait de l'attention que là on donne ailleurs donc même pour eux franchement des fois
44 ils s'arrêtent de parler ou enfin même pour eux je pense que ça peut être un peu énervant.

45 **Margaux** : Et après une interruption, vous comment vous faites pour du coup vous remettre dans
46 votre tâche ? Vous avez des tips, est ce que vous reprenez depuis le début ? Est-ce que vous en
47 parlez au patient ou à la personne ?

48 **Beth** : Je vais penser, l'un des risques les plus fréquents c'est le traitement. Je vais déjà fermer la
49 porte parce que souvent si le patient est ok, je laisse ouvert pour voir ce qu'il se passe. La
50 vraiment du coup je m'isole avec le patient et puis je reprends souvent depuis le début.

51 **Margaux** : Est-ce que du coup dans votre service vous avez aussi, parce que dans la littérature,
52 on parle des fois des gilets avec « Concentration » derrière, etc. Est-ce que vous en avez ici ou
53 vous pensez que ça peut aider ?

54 **Beth** : Je ne pense pas parce que en général quand les patients nous interrompent, c'est quand
55 même qu'ils ont besoin de nous même si ce n'est pas forcément adapté. Je pense juste qu'on n'est
56 pas assez nombreux surtout en ce moment, et que si on était plus nombreux, il y aurait moins
57 d'interruptions de tâches. Parce que les patients voient quand même si on est occupé ou pas, mais
58 quand il n'y a pas beaucoup de soignants, ils font au mieux pour eux aussi.

59 **Margaux** : C'est sur...

60 **Beth** : (Silence)

61 **Margaux** : Super...Moi du coup je n'ai plus de questions. Je ne sais pas si vous voulez rejouter
62 quelque chose ou si c'était clair...

63 **Beth** : (Fais « non » de la tête)

64 **Margaux** : Super, merci.

Annexe n°6 : Entretien avec Joséphine (Jo) infirmière en unité fermée de psychiatrie

1 **Margaux** : Je commence, alors...Du coup...Touc, Touc, Touc ...Il est là. Euh...Du coup est ce
2 que vous pouvez vous présenter en quelques mots, votre parcours ? Si vous avez été
3 aide-soignante ou pas avant ? (Petit rire)

4 **Jo** : Alors...je suis infirmière depuis 30 ans maintenant. Ca fait 30 ans que je travaille à l'hôpital,
5 j'ai toujours été infirmière et j'ai travaillé un peu de partout, au CMP, Pavillon d'entrée,
6 déficiente, les urgences psy.

7 **Margaux** : Mais toujours en psychiatrie ? Ça c'était sur

8 **Jo** : Toujours psychiatrie, voilà

9 **Margaux** : Ok super...Est-ce que vous pouvez me raconter un type d'interruption de tâche que
10 vous subissez tous les jours ? Quelque chose qui est quotidien, qui vous viendrait à l'idée comme
11 ça ?

12 **Jo** : (Silence)...Interruption de tâche, interruption de tâche...C'est vaste les interruptions de
13 tâche...Hum

14 **Margaux** : Hum...Celle que vous rencontrez le plus souvent dans la pratique.

15 **Jo** : Le plus souvent c'est euh...au niveau des entretiens informels avec euh...les patients. Il y'a
16 un lien qui se crée à un moment donné, y'a forcément quelqu'un qui vient interrompre ce
17 moment à qui est un peu privilégié.

18 **Margaux** : Hum...Oui c'est sur

19 **Jo** : Donc euh...voilà, systématiquement euh...ça c'est dix fois par jour à peu près.

20 **Margaux** : Ok ...

21 **Jo** : Ça quand on prépare les médicaments aussi pas mal euh...Puisque on prépare, on donne
22 systématiquement. Et il y'a toujours quelqu'un qui vient et qui demande, un autre patient qui
23 demande

24 **Margaux** : Oui c'est souvent les patients ?

25 **Jo** : C'est souvent les patients qui viennent euh...nous interrompre.

26 **Margaux** : Euh...

27 **Jo** : Et ça (Montre sa poche droite en sortant le téléphone du service)

28 **Margaux** : Le téléphone ouais

29 **Jo** : Le téléphone, la porte, parce que c'est un pavillon fermé donc il y'a aussi la porte, il faut

30 aller ouvrir la porte.

31 **Margaux** : **Oui**, j'imagine euh ...Qu'est-ce que ça représente pour vous la notion d'interruption

32 de tâche ? Si vous deviez l'expliquer avec vos mots ?

33 **Jo** : L'interruption de tâche...euh...comment expliquer ça ? Bah c'est que on est interrompu a un

34 moment privilégié et important dans notre travail. C'est ça. Pour moi, c'est ça l'interruption de

35 tâche.

36 **Margaux** : D'accord euh ...Justement, votre ressenti quand vous êtes interrompu ? Comment du

37 coup vous vous sentez ? Est-ce que vous avez l'impression de ne pas faire forcément bien ? Ou

38 votre sensation ?

39 **Jo** : Alors par moment, on a le sentiment que on ...qu'on fait pas le nécessaire en tout cas. On

40 essaye de le faire correctement et de le reprendre correctement parce que on perd le fil, souvent,

41 quand même. Et ça c'est une gymnastique qui est un peu compliquée de...de reprendre ce qu'on

42 a commencé et ou on l'a laissé avec la même intensité. Moi, je prends souvent cet exemple de

43 discussion, en tout cas d'entretiens informels avec le patient. Si on est interrompu et qu'on doit

44 bloquer la conversation, il y'a des choses importantes qui devaient se dire qui ne se diront

45 peut-être jamais.

46 **Margaux** : Hum...C'est sûr, ça bloque complètement

47 **Jo** : ça bloque, ouais

48 **Margaux** : Euh...Est ce que selon vous du coup 'interruption de tâche altère la qualité et la

49 sécurité des soins ? Et comment ...et comment du coup ici quotidiennement pour vous ?

50 **Jo** : Alors euh...Je pense que ça altère la sécurité, ça c'est sûr. Euh...ce qui est important c'est

51 bien se remettre dans le euh...dans le truc en fait, ou à ce moment la déléguer du coup. Si on ne

52 peut pas continuer, il faut laisser les collègues continuer ce qu'on a commencé, si on doit prendre
53 plus de temps dans cette interruption de tâche.

54 **Margaux** : C'est sur euh...moi dans ma deuxième partie, j'avais parlé de la relation de soins, de
55 la relation soignant- soigné. Et je voulais voir aussi avec vos mots, si vous pouvez me définir
56 cette notion-là. Pour vous, qu'est-ce que ça représente ?

57 **Jo** : La relation soignant- soigné ?

58 **Margaux** : Oui

59 **Jo** : Déjà a la base c'est la confiance. Il faut instaurer cette confiance même si elle est pas
60 évidente au début parce que on est souvent le mauvais objet, puisque la plupart de nos patient
61 sont là sous contrainte de soins. Donc ils ont pas envie d'être là. On les force a prendre un
62 traitement, on les force a se soigner, alors que pour eux ils ne sont pas malade. Donc c'est ce côté
63 la qui est plus compliqué a instaurer, mais c'est la base.

64 **Margaux** : Oui c'est sur

65 **Jo** : La relation soignant soigné c'est ça. C'est d'instaurer cette confiance pour qu'on puisse
66 travailler quoi , qu'on puisse nous parler. C'est ça le plus important pour moi.

67 **Margaux** : Est-ce que selon vous, l'interruption de tâche impacte cette relation de soins ?

68 **Jo** : Pas forcément...ça a un petit impact après si la confiance est bien là, en général les patients
69 ils comprennent, ils sont pas idiots ils comprennent très bien qu'on doit aller ailleurs, sur autre
70 chose. Ils sont compréhensifs, ils sont plutôt sympas, pour la plupart. (Sourit)

71 **Margaux** : Après une interruption de tâche, comment vous faites vous pour vous remettre du
72 coup ? Est-ce que vous avez des Tips ? Est-ce que vous recommencer tout depuis le début ? Vous
73 communiquez avec le patient ? Comment vous faites pour vous remettre dans votre soin en fait ?

74 **Jo** : Se remettre dans le soin ?

75 **Margaux** : Oui

76 **Jo** : (Silence) Je ne ...je ne sais pas s'il y'a une formule toute trouvée

77 **Margaux** : (Petit rire) je ne pense pas ...

78 **Jo** : A part le truc ou suivant le temps que ça a pris, soit je m'excuse et j'explique que j'étais
79 prise sur une urgence, que si la personne souhaite qu'on reprenne ou on s'est arrêté c'est
80 volontiers. S'il pense que c'est plus nécessaire, ça l'est peut être plus, on reprendra ça peut être
81 plus tard. Et essayer de se reconcentrer, de se remettre avec le patient, tant bien que mal. Mais en
82 général ça fonctionne plutôt bien.

83 **Margaux** : Ok super...Parce que c'est vrai qu'on parle des fois des gilets avec le mot
84 « Concentration » derrière pour empêcher un peu toutes les interruptions. Est-ce que vous en avez
85 déjà vu, vous en avez déjà utilisé ?

86 **Jo** : Jamais

87 **Margaux** : C'est vrai que ça ne vous viendrait pas forcément...hum

88 **Jo** : Mettre un gilet pour dire ?

89 **Margaux** : C'était surtout pour les calculs de dose que moi j'avais regardé. En fait c'est un gilet
90 jaune, comme ceux de la route, avec « Concentration » derrière ou alors « ne pas déranger ».
91 C'est proposé en tout cas sur les moments de calcul de dose, les moments de préparation des
92 traitements a risque. Mais c'est vrai que moi j'en ai jamais vu et du coup je sais pas si peut-être
93 des fois...

94 **Jo** : On a quand même un avantage nous ici, c'est qu'on moins de mal avec les portes qui sont
95 fermés a clé. On est beaucoup avec des badges, donc si vraiment on doit faire quelque chose qui
96 nécessite vraiment toute notre attention, du genre, une injection retard ou quelque chose comme
97 ça...On est enfermé dans la salle de soins et personne ne peut venir. A part nos collègues, mais à
98 ce moment-là, c'est pas ce qui nous dérange spécialement. Mais pour les médicaments, on peut
99 aussi s'enfermer. Après moi je pars du principe que j'aime pas, parce que j'aime bien écouter ce
100 qui se passe dehors...Mais par moment, oui, on est obligé de s'isoler un peu avec le patient. Puis
101 même pour notre sécurité, on essaie de ne pas trop s'isoler non plus.

102 **Margaux** : Oui c'est vrai

103 **Jo** : Je comprends la démarche si on doit préparer une chimio et que toutes les cinq minutes il y'a
104 quelqu'un qui arrive, je pense que c'est...non j'ai jamais vu ce genre de gilet.

105 **Margaux** : C'était une recommandation de la HAS, mais c'est vrai que moi j'en ai pas vu jamais
106 non plus...Pour moi c'est tout bon, j'espère que ça a été clair et que ça va. Si jamais vous avez
107 besoin de rajouter quoi que ce soit.

108 **Jo** : Ce qui est surprenant, c'est qu'est ce qui t'a fait avoir cette idée-là ?

109 **Margaux** : Hum...Je pense que c'est déjà ma place d'étudiante, c'est vrai que du coup, vu qu'on
110 est...qu'on est dans un service et c'est vrai que des fois, on a pas fini quelque chose qu'on nous
111 redemande à coté parce que la plupart du temps, je trouve qu'on vient un peu en aide aux services
112 en ce moment surtout aussi. Et du coup il y'a des fois ou je me dis « Oh, mais la j'ai 50
113 informations a la seconde et je sais vraiment plus quoi faire ». Et du coup, j'ai fait 2 mois et demi
114 aux urgences et je repars encore aux urgences en chirurgie et c'est vraiment aux urgences que je
115 me suis dit « Waouh, si on a pas une ligne de travail on s'en sort jamais » Parce qu'on a 150
116 patients, qu'il y'a du bruit, il y'a des bip des machines, les téléphones et tout. Et les grosses
117 journées, sur ce que j'ai étudié moi, on parle de 6 à 7 interruptions de tâches par heure pour une
118 infirmière en moyenne. Y'a des trucs qui sont tellement...Au début je me disais que c'est
119 inhérent à la pratique, je me disais « bon, bah c'est pas grave » sauf qu'au bout d'un moment...

120 **Jo** : En plus quand tu es étudiante, tu as deux fois plus la pression, il ne faut vraiment pas te
121 planter

122 **Margaux** : C'est ça...Moi j'ai beaucoup ressenti ça

123 **Jo** : C'est pas quelque chose de fluide

124 **Margaux** : C'est ça ouais...Puis quand on est au déchocage, enfin moi il y'avait quatre lits et
125 puis c'est « Margaux pique la...Et puis tu peux venir... ». Et du coup c'est vrai que des fois j'ai
126 même pas le temps de finir mon action, que du coup on me redemande sur quelque chose et ça a
127 été...Il y'a eu des journées ou...Et je voulais vraiment, je trouvais ça hyper intéressant parce que
128 du coup j'ai étudié la globalité, la concentration, la mémoire etc. Et c'est vrai qu'on y pense pas
129 dans le truc de tout les jours mais c'est hyper important quoi, ça fait beaucoup d'erreurs.

130 **Jo** : Oui et puis en fonction de toi aussi, le jour ou tu es là tu peux être un peu plus fatigué donc
131 tu imprime pas.

132 **Margaux** : Moi je n'ai pas d'enfants, mais celles qui sont réveillées la nuit, qui font des 12
133 heures avec 150 demandes...

134 **Jo** : Après tu verras, quand tu vas vraiment, que les choses vont être un peu plus fluides au
135 niveau de t'es gestes et de ta pratique infirmière...Déjà tu as un gros avantage, c'est que tu es une
136 femme, donc on peut faire 10 trucs en même temps.

137 **Margaux** : (Petit rire)

138 **Jo** : Non mais c'est pour de vrai, les garçons, c'est pas aussi évident. Donc on arrive à écouter en
139 même temps ce qui se passe et faire autre chose. Et nous ici, c'est ce qu'on fait tout le temps en
140 fait.

141 **Margaux** : Oui c'est sur...

142 **Jo** : Tu prépares les médicaments et en même temps tu écoutes ce qui se passe. Moi je peux suivre
143 deux conversations en même temps alors que je prépare un truc. Et petit à petit tu arrives à faire
144 ça , alors je dis pas qu'il n'y a pas d'erreurs...

145 **Margaux** : Mais c'est vrai que quand on mentionne l'interruption de tâche dans la littérature,
146 c'est pour les erreurs. J'ai très très peu trouvé de choses qui mentionnaient pour le souci mental
147 des soignants. C'était vraiment tant et tant d'erreurs sont faites par une interruption de tâche. On
148 se pose pas la question de savoir nous comment on se sent...Et c'est vrai que c'est très
149 intéressant mais...

150 **Jo** : C'est vrai que c'est très intéressant et moi j'étais là mais qu'est-ce qu'elle voulait ? Pourquoi ?
151 Mais oui c'est bien.

152 **Margaux** : Oui c'est bien ...oups j'arrête mon truc

Annexe n°7 Tableau questionnaire d'entretien

Question inaugurale : *Pouvez-vous me raconter le type d'interruptions de tâche que vous rencontrez le plus souvent dans votre pratique ?*

Concepts	Ce que je veux savoir	Questions
Interruption de tâche	Comment les professionnels définissent l'interruption ,ce qu'elle représente pour eux	Que représente pour vous la notion d'interruption de tâche ?
Répercussion de l'Interruption de tâche sur les soignants	La capacité des professionnels à analyser si l'interruption a des répercussions sur eux.	Quel est votre ressenti quand vous êtes interrompu lors d'une tâche ? Cela altère-t-il votre sensation d'avoir bien fait ?
Qualité et sécurité des soins	L'impact des interruptions sur la qualité et la sécurité des soins	Selon vous, l'interruption de tâche influence-t-elle la qualité et la sécurité des soins ?et pourquoi ?
Relation soignant/ soigné	Comment les professionnels définissent la relation de soin	Pourriez-vous me décrire avec vos mots ce que signifie pour vous la relation soignant soigné ?
Interruption de soin impact la relation soignant/ soigné	Si l'interruption à un impact dans la relation de soin	Selon vous l'interruption de tâche peut-t-elle impacter la relation de soin ?
Communication avec le patient lors d'une interruption	Comment le liens de confiance d'une relation soignant/soigné est maintenue grâce aux positionnement du soignant.	De ce fait, après une interruption de tâche, comment faites-vous pour vous remettre dans votre situation de soin avec le patient ?

Annexe n° 8 : Autorisation d'entretien unité fermée de psychiatrie



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme. Allezard Margaux

à Madame la Directrice des soins, Monsieur le
Directeur des soins

Étudiante en soins infirmiers

Adresse : [redacted] la maison

[redacted]

Téléphone : 06 05 00 21 77

Mail : [redacted]

Saint Verand , 25 Mars 2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans :

- une unité de psychiatrie de soins sous contrainte
- une unité de psychiatrie de soins libre

Auprès de la(des) population(s) : deux Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'État

Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : **En quoi l'interruption de tâche influence-t-elle la qualité, la sécurité des soins et la relation aux patients ?**

Veuillez trouver ci-après quelques questions qui constitue une partie du guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

- Que représente pour vous la notion d'interruption de tâche ?
- Selon-vous , l'interruption de tâche influence-t-elle la qualité des soins ? et comment ?
- Selon vous l'interruption de tâche a-t-elle une incidence dans la relation de soin ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération

Autorisation délivrée le 18/04/2026

Unité Jacques PREVERT
Pôle Grenoble Grésivaudan
Centre Hospitalier Alpes-Isère
3, rue de La gare - CS 20100
38-521 Saint-Egrève cedex
Tél. 04 76 56 43 23 - Fax 04 76 56 45 95
Finess 380780247091000

Annexe n° 9 : Autorisation d'entretien SMR



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme. Allezard Margaux
Étudiante en soins infirmiers

à Madame Echinger-Guillet Cadre de santé

Adresse : 177 route de Mérol
38160 Saint-Marcellin

Téléphone : 06 05 00 34 77

Mail : mar.allezard@gmail.com

Saint-Vérand, le 22 Mars 2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le service de **SMR du CHIVI**, auprès de deux Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'État
Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

En quoi l'interruption de tâche influence-t-elle la qualité, la sécurité des soins et la relation aux patients ?

Veuillez trouver ci-après quelques questions qui constituent une partie du guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire Mme Elodie Thomas.

- Que représente pour vous la notion d'interruption de tâche ?
- Selon-vous, l'interruption de tâche influence-t-elle la qualité et la sécurité des soins ? et comment ?
- Selon vous l'interruption de tâche peut-t-elle impacter la relation de soin ?
- Et 4 autres questions

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ma demande, je vous prie d'agréer, Madame, en l'expression de ma respectueuse considération.

Margaux Allezard

Etablissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse
740 chemin des Meunajaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05

Autorisation délivrée le 15/04/2026

Service Soins de
Suite et Réadaptation
C.H. S. MARCELLIN
1, avenue Félix Faure
38161 ST MARCELLIN Cedex

Annexe n°10 : Autorisation d'entretien en Médecine Polyvalente



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme. Allezard Margaux
Étudiante en soins infirmiers

à Madame , Monsieur le Cadre de Santé

Adresse : [REDACTED]
[REDACTED]
Téléphone : [REDACTED]
Mail : [REDACTED]

Saint -Vérand , le 22 Mars 2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le service de **Médecine Polyvalente du CHIVI**, auprès de deux Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'État Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

En quoi l'interruption de tâche influence-t-elle la qualité, la sécurité des soins et la relation aux patients ?

Veuillez trouver ci-après quelques questions qui constituent une partie du guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire Mme Elodie Thomas.

- Que représente pour vous la notion d'interruption de tâche ?
- Selon-vous, l'interruption de tâche influence-t-elle la qualité et la sécurité des soins ? et comment ?
- Selon vous l'interruption de tâche peut-t-elle impacter la relation de soin ?
- Etc.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ma demande, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Etablissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse
740 chemin des Meinajaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05

Autorisation délivrée le 17/04

Dr ROUSSEL-GALLE Marie-Christine
Principale Hospitalier
Service MÉDECINE
Centre Hospitalier Intercommunal Vaucluse Isère
1, Avenue Félix Faure 38161 Saint-Marcellin Cedex
N° RPPS : 10002995891 - N° FINESS : 38 0000081

Annexe n°11: Tableau d'analyse croisé des entretiens

Thèmes abordés	Entretien de Amy	Entretien de Salim	Entretien de Maëlle	Entretien de Sinaï	Entretien de Beth	Entretien de Joséphine (Jo)
Thème n°1 : Interruption de tâche :						
Type d'interruptions quotidiennes	(Ligne 6) « hum je ne sais pas lequel choisir ... Non ça reste le téléphone je pense. »	(Lignes 3-12) « Alors je ne sais pas si c'est ça, si c'est compris dans cette généralité-là, mais les coups de téléphone. Les appels téléphoniques je pense qu'ils nous prennent une grande partie des interruptions de tâches [...] » (Lignes 14-16) «)... Alors ça peut être les interruptions vis-à-vis des aides-soignants aussi, ça arrive quand même »	(Lignes 7-10) « : Les appels. Les appels des secrétaires, les appels téléphoniques en général. Principalement les secrétaires, les familles et après, hors les appels on a les familles qui nous sollicitent aussi en service. Donc bah... Et les patients parfois qui nous sollicitent pendant notre tour, ils nous interrompent pour qu'on puisse répondre tout de suite à un besoin. »	(Lignes 5-10) « Le téléphone. Le premier truc, ça c'est le téléphone et après je dirai... entre nous, entre soignant. Je sais que du coup, vu qu'on a un temps de transmission qui est à chaque fois diminué, et du coup on se dit les choses un peu au fur et à mesure. C'est souvent « ah mais en fait tiens, j'ai pensé, voilà ». On est toujours en train »	(Lignes 11-13) « : C'est que les patients ne se soucient pas du fait qu'on soit avec d'autres patients, ils viennent nous interroger ou s'en occuper. C'est vraiment ça le principal dérangement que j'ai. Peu importe la tâche, même les urgences vitales. Ils n'ont aucune empathie ils viennent t'interrompre »	(Lignes 15-17) « Le plus souvent c'est euh... au niveau des entretiens informels avec euh... les patients. Il y'a un lien qui se crée à un moment donné, y'a forcément quelqu'un qui vient interrompre ce moment à qui est un peu privilégié. » (Lignes 21-22) « Ca quand on prépare les médicaments aussi pas mal euh... Puisque on prépare, on donne systématiquement. Et il y'a toujours quelqu'un qui vient et qui demande, un autre patient qui demande »

		souvent qu'on soit interrompu dans un soin par exemple ou quoi que ce soit par les aides-soignantes »		de faire quelque chose et puis du coup voilà...voilà. Donc je dirai ouais...ça le téléphone et puis les...enfin entre nous. Ouais c'est une catastrophe ce téléphone. »		(Lignes 28-29) « Le téléphone, la porte, parce que c'est un pavillon fermé donc il y'a aussi la porte, il faut aller ouvrir la porte. »
Définition de la notion d'interruption de tâche	(Lignes 13-15) « L'interruption de tâche, c'est quand on est en train de faire une action et qu'on est coupé ou en tout cas notre attention est coupée par quelque chose qui n'est pas prévu pendant cette tâche-là. »	(Lignes 24-28) « La notion d'interruption de tâche pour moi ça correspond à l'interruption de la continuité de la prise en charge d'un soin. Donc du coup, je suis en train de réaliser peu importe le soin que je fais ou même un soin relationnel auprès du patient et je vais être obligé de l'interrompre pour interagir ou pour rendre compte à l'autre tâche qu'on	(Lignes 13-14) « Bah...L'interruption de tâche pour moi c'est d'être dérangée lorsque je suis en train de faire un soin ou une activité de soignant. » (Ligne 16) « Et du coup...De pas pouvoir la poursuivre jusqu'à la fin d'être interrompu en plein milieu. »	(Lignes 12-14) « Un risque d'erreur. Oui un risque d'erreur surtout quand on est sur les traitements et qu'on nous parle en même temps. Donc risque d'erreurs médicamenteuses et puis des oublis...oublis de noter la transmission écrite ou orale. »	(Lignes 16- 17) « Pour moi, une interruption de tâche c'est quand on vient me déranger et du coup me déconcentrer pendant une action, ce qui pourrait favoriser des erreurs. »	(Lignes 32- 34) « L'interruption de tâche...euh...comment expliquer ça ? Bah c'est que on est interrompu à un moment privilégié et important dans notre travail. C'est ça. Pour moi, c'est ça l'interruption de tâche. »

		me demande ou des fois je suis un peu obligé de le faire en même temps. »				
Répercussions de l'interruption de tâche sur les soignants	(Lignes 21- 27) « : Hum je ne sais pas décrire la sensation.... Mais euh...ça déstabilise c'est sur parce que on est concentré sur quelque chose et d'un seul coup, il faut se focaliser sur autre chose. Donc déjà, il faut arriver à pouvoir répondre à l'autre attente. Celle ou on était pas supposé répondre, ou on n'était pas disposé, et après se reconnecter a la tâche en question sur laquelle on avait	(Lignes 39-45) « : Euh...Comme je disais, il y'a des interruption de tâches (sourit). Ce n'est pas qu'on est obligé, mais on se s'en un petit peu obligé peut être de répondre à ces tâches qu'on nous demande en même temps que ce qu'on faisait déjà. Mais il y'a quand même une certaine frustration en termes de sentiments du coup. C'est ça la question, une certaine frustration parce que ça nous déconcentre forcément dans la	(Lignes 20-23) « Euh...Oui, c'est plutôt peur de louper des étapes finalement et de...de...de risquer de mal faire ma tâche. Parce que j'oublie, parce que comme j'étais interrompue, je peux être perdue dans ce que je fais finalement. Oublier des éléments...oublier des étapes, oublier des informations, tout ça. »	(Lignes 18 -22) « C'est que je mets plus longtemps à faire les choses. Dès qu'on m'interrompt, je me redis « Attends du coup je faisais quoi ? ». Et voilà, je perds du temps pour repartir, pour réfléchir. Après il y'a des trucs qui sont un peu plus automatiques, donc il y'a moins de fois où je me pose la question, mais notamment sur la distribution des	(Lignes 22-23) « Je sens que j'ai une baisse de concentration, ça peut m'énervé de me faire interrompre. J'essaie de me concentrer parce que je sais qu'on peut vite faire des erreurs »	(Lignes 38-44) « : Alors par moment, on a le sentiment que on ...qu'on fait pas le nécessaire en tout cas. On essaye de le faire correctement et de le reprendre correctement parce que on perd le fil, souvent, quand même. Et ça c'est une gymnastique qui est un peu compliquée de...de reprendre ce qu'on a commencé et où on l'a laissé avec la même intensité. Moi, je prends souvent cet exemple de discussion, en tout cas d'entretiens informels avec le patient. Si on est interrompu et qu'on doit bloquer la

	notre attention focalisée dessus. Et du coup, des deux côtés, il peut avoir...on ne va pas être assez disponible des deux côtés en fait. Parce que la personne qui nous interrompt n'était pas prévu, on n'avait pas prévu notre attention pour lui et du coup...Dans les deux cas, des fois on n'est pas forcément bon »	tâche qu'on est en train de faire. Et des fois, on peut perdre aussi un peu le fil de ce qu'on était en train de faire et donc ça peut, je pense, peser un peu sur la prise en charge mine de rien. »		médicaments. Si j'ai déjà commencé à faire ma vérification et qu'on m'interrompt, ben je recommence ma vérification, donc perte de temps. »		conversation, il y'a des choses importantes qui devaient se dire qui ne se diront peut-être jamais. »
Impact des interruptions de tâche sur la qualité et la sécurité des soins	(Lignes 32-34) « C'est clair que oui ! La sécurité oui bien sur parce qu'on est un métier avec beaucoup de responsabilités ou l'attention doit être omniprésente. Et donc de penser à tout et tout le	(Lignes 58-61) « Bah en fait très clairement qu'elle impact on va dire la qualité du soin. Comme je disais, la discontinuité de ton soin, tu vas perdre en attention et du coup quand on va t'interrompre tu vas vouloir reprendre le soin et	(Lignes 27-33) « Totalement oui parce qu'en plus d'interrompre une activité, il y'a tout un état d'esprit. Quand on va faire un soin dans lequel on se positionne, et cet état d'esprit est personnalisé en fonction du soin et du patient qu'on	(Lignes 25-27) « Oui, Oui, ça c'est sûr. Après on le voit avec les patients, même quand on est avec des patients et qu'on parle entre nous et que finalement on est interrompu, même lui, il ne	(Lignes 26-31) « : Par exemple, je sais que nous pour la distribution des traitements, c'est les patients qui viennent à nous. C'est pas nous qui allons dans leurs chambre et souvent, il y'en a qui tapent a la	(Lignes 49-52) « Alors euh...Je pense que ça altère la sécurité, ça c'est sûr. Euh...ce qui est important c'est bien se remettre dans le euh...dans le truc en fait, ou à ce moment la déléguer du coup. Si on ne peut pas continuer, il faut laisser les collègues

	temps. D'être coupé, c'est très compliqué et ça met en insécurité. » (Ligne 36) « La qualité oui, elle peut être moins bonne du fait qu'on est moins efficace, oui complètement »	tu sais plus ou t'en étais ou tu vas peut être du coup y passer moins de temps parce que tu as perdu du temps sur l'autre chose. » (Lignes 64-70) « Donc oui ça impacte forcément la prise en charge et du coup le risque de faire des erreurs comme du coup ce que je disais, le risque du coup c'est ça, c'est l'erreur en fait. Là encore ça peut être dans des interruptions de tâches, un petit peu, dans des soins un petit peu, pas bête, c'est pas ça le terme, mais qui ne représente pas un danger grave pour le patient. Mais si jamais, imaginons, tu es en train de préparer un médicament ou	rencontre. Et à ce moment-là, quand on est interrompu par euh...je vous donne un exemple, la secrétaire parce qu'elle a besoin d'un renseignement et ben... du coup c'est administratif, donc euh...ça nous coupe en tout cas dans notre...dans l'état d'esprit dans lequel je vais faire mon soin. Avec la rencontre du patient parce que ...On se prépare quand même. » Lignes 41-43) « Tout ça te coupe aussi dans ton élan...dans la qualité du soin que tu vas faire et dans l'état d'esprit dans lequel tu te prédispose »	se sent pas en sécurité, ce que je peux comprendre. »	porte, il y'en a qui crient et du coup on est obligé de s'interrompre. Et je sais que là je suis obligée de tout reprendre depuis le début pour bien vérifier de donner les bons traitements aux bons patients...Il y'a quoi aussi ?...(Touche ses cheveux en réfléchissant)..Les entretiens, on est souvent interrompu, donc il faut qu'on reprenne ou on en était, un peu de partout »	continuer ce qu'on a commencé, si on doit prendre plus de temps dans cette interruption de tâche. »
--	--	---	---	--	---	--

		quoi que ce soit, ou je pense un service par exemple plus technique aussi, comme de la réanimation. Ou on t'interrompt dans une préparation d'une seringue de potassium, il va falloir quand même faire gaffe. »				
Thème n °2 La relation soignant soigné						
Définition de la notion de relation soignant soigné	(Lignes 39-41) « Ça va être tout ce qui est les relations humaines, les relations humaines avec le patient. Mais dans un cadre professionnel, pour le soignant et pour le patient ça va être toute la prise en charge qu'on lui apporte. »	(Lignes 74-79) « La relation soignant- soigné c'est, je ne sais pas si je suis vraiment dedans quand je vais dire ça. Mais il y'a mine de rien du coup une certaine relation de confiance qui cherche à être fait en tout cas entre le soignant et le soigné. Et d'être, d'être pleinement présent entre guillemets pour le patient, en tout cas	(Lignes 49-51) « : La relation soignant- soigné pour moi...euh...j'inclus le soin même dedans la relation de soins c'est euh...comme une bulle dans laquelle je me mets et dans laquelle il y' a le soignant, moi, et notre soin à faire. Le soin du soignant mais du coup c'est partagé »	(Lignes 31-33) « Comme ça qu'est-ce que ça me parle ?...Une confiance quand même mine de rien, cette relation elle permet d'établir une confiance entre le patient et le soigné...Du respect, de la bienveillance aussi entre nous. »	(Lignes 35-38) « La relation de soins, moi je dirais que c'est quand les patients se sentent assez à l'aise avec nous pour nous parler des choses qui ne vont pas, qu'ils n'auraient peut-être pas dit aux psychiatres ou aux médecins. C'est qu'ils se sentent en confiance et à l'aise avec nous...et qu'ils	(Lignes 58-62) « : Déjà à la base c'est la confiance. Il faut instaurer cette confiance même si elle est pas évidente au début parce que on est souvent le mauvais objet, puisque la plupart de nos patient sont là sous contrainte de soins. Donc ils ont pas envie d'être là. On les force à prendre un traitement, on les force à se soigner, alors que pour eux ils ne sont pas malades. Donc c'est ce côté-là qui est

		d'être le plus possible présent. C'est-à-dire que quand je rentre dans la chambre avec le patient ou quand je suis avec le patient et chaque patient plus ou moins en a besoin. Il faut que je sois entre guillemets psychologiquement le plus présent, c'est-à-dire à 100% avec lui »			n'aient pas envie de nous cacher des choses »	plus compliqué à instaurer, mais c'est la base. » (Lignes 64-65) « La relation soignant-soigné c'est ça. C'est d'instaurer cette confiance pour qu'on puisse travailler quoi, qu'on puisse nous parler. C'est ça le plus important pour moi »
Impact de l'interruption de tâche dans la relation soignant-soigné	(Lignes 47-50) « Bah oui parce qu'on va parfois être en entretiens. Fin pas un entretien formel, mais dans un moment où le patient va nous dire quelque chose qui peut être important. (Sourit). Moi je sais que plus ça va dans ma profession et dans mon grand âge, je	(Lignes 80-84) « C'est pour ça justement que les interruptions, je ne sais pas si ça fait le lien avec les interruptions de tâches...Mais du coup ces interruptions de tâches, elles, te privent de cette totalité. Si tu veux de ton esprit vers le patient. Et le fait d'être coupé tu brises un peu la	(Lignes 53-58) « Et du coup quand on vient nous interrompre, on brise notre bulle. Alors...on peut un peu essayer de mettre des remparts. On essaye de noter, mais on a pas...c'est pas des solutions à la longue qui vont persister et qui vont nous aider. Finalement il y' aura toujours, ça va toujours polluer finalement. Et du	(Ligne 36) « Oui, c'est sûr (Silence) »	(Lignes 41-43) « Oui parce que déjà les patients se sentent plus écoutés à 100% par nous parce que du coup on lui donnait de l'attention que là on donne ailleurs donc même pour eux franchement des fois ils s'arrêtent de parler ou enfin même pour eux je pense que ça peut	(Lignes 67-69) « Ça a un petit impact après si la confiance est bien là, en général les patients ils comprennent, ils sont pas idiots ils comprennent très bien qu'on doit aller ailleurs, sur autre chose. Ils sont compréhensifs, ils sont plutôt sympas, pour la plupart. (Sourit) »

	m'autorise à ne plus répondre au téléphone ou à stopper. »	relation du soignant-soigné, c'est de la confiance entre le soignant et le patient. De l'échange et beaucoup d'écoute. Beaucoup d'écoute et ça demande justement de la concentration. »	coup ça va s'impacter sur nos transmissions et les transmissions bah c'est quand même l'oral et l'écrit de ta relation de soin. Et si ça c'est impacter le...la continuité du soin fait par le collègue demain et ben il est impacté finalement, ça détériore, ça l'abime en fait. »		être un peu énervant. »	
Comment le liens de confiance d'une relation soignant/soigné est maintenue grâce aux positionnement du soignant.	(Lignes 65-70) « Oui, oui je dis « Excusez-moi on a été coupé », je reprends le fil avec lui de ce qu'il en était, et voilà expliquer qu'il y eu une interruption. Après selon le degré de durée que ça a été, si ça a été long ou quoi. Si c'est long bien sûr on explique un peu plus, mais on ne	(Lignes 89-100) « Avec le temps, depuis que je suis diplômé, il y'a des choses qui se font un peu machinalement. Des fois, et c'est pour ça qu'il faut faire très attention à prendre du recul vis-à-vis de ça et de pas du coup , de pas oublié le patient derrière si tu veux. On a tellement l'habitude, c'est	(Lignes 74-85) « J'essaye de me réimaginer, de me remettre en situation. (Silence). Je note déjà...J'essaye de noter mais comme on a des feuilles, c'est des feuilles volantes donc c'est compliqué des fois. Je note. Ou alors, des fois quand on note, on ne note pas toutes les informations parce qu'on est sur deux choses en même temps	(Lignes 40-44) « Je pense que ça va dépendre du soin. Il y'à certains moments où je vais tout reprendre parce que pour pouvoir me refaire les tapes ou quoi que ce soit. Mais quand c'est un pansement simple, je ne vais peut-être pas le reprendre de tout le début. Enfin ça dépend vraiment	(Lignes 47-49) « Je vais penser, l'un des risques les plus fréquents c'est le traitement. Je vais déjà fermer la porte parce que souvent si le patient est ok, je laisse ouvert pour voir ce qu'il se passe. La vraiment du coup je m'isole avec le patient et puis je reprends souvent depuis le début »	(Ligne 75) « Je ne ...je ne sais pas s'il y'a une formule toute trouvée » (Lignes 77-81) « A part le truc ou suivant le temps que ça a pris, soit je m'excuse et j'explique que j'étais prise sur une urgence, que si la personne souhaite qu'on reprenne ou on s'est arrêté c'est volontiers. S'il pense que c'est plus

	peut pas se permettre de donner les tenants et les aboutissants de l'interruption parce qu'il y'a le secret professionnel. Mais en tout cas, oui, expliquer la situation et qu'on ne l'a pas oublié et qu'on est toujours présent. Malheureusement si c'est le téléphone, pendant un soin, on peut être coupé 5-6 fois, ça arrive »	triste mais on a tellement l'habitude d'avoir des interruptions de tâches que tu te, enfin, en fait finalement tu te remets quand même. Enfin tu te remets vite dans ce que tu avais à faire parce que du coup tu prends l'habitude aussi...Mais qu'est-ce qu'on peut mettre en place ? (Réfléchit en se passant une main dans les cheveux) ...Je le fais un peu machinalement, c'est un petit peu compliqué de dire vraiment si je fais quelque chose en particulier. Mais j'essaye de vérifier déjà ce que j'étais en train de faire. Ou de regarder si j'ai bien tout le matériel	simultanément...c'est difficile...donc il va manquer des éléments. Par exemple, je note sur un patient l'information d'une collègue qui peut faire une interruption de tâche...et donc je vais oublier de noter, je sais pas l'heure ou la date ou bah si il s'agit par exemple du labo qui nous appelle...Mince c'était quel chiffre ? Si c'était la CRP qui était à ce chiffre là où c'était quoi ? Parce que j'étais sur deux choses, donc j'ai noté que le chiffre, par exemple...donc je dois rappeler. Mais c'est vrai que comment je m'arme face à ça ? Ma notation et puis après, j'essaie de me repositionner dans l'état d'esprit. On en revient encore là, de me remettre dans juste	de la situation et de ce que je suis en train de faire. Parce que sinon, il y'a des jours ou je vais reprendre comme ça sans spécialement me poser de questions et d'autre non je vais le refaire. »	nécessaire, ça l'est peut-être plus, on reprendra ça peut être plus tard. Et essayer de se reconcentrer, de se remettre avec le patient, tant bien que mal. Mais en général ça fonctionne plutôt bien. »
--	--	---	--	---	---

		déjà que j'avais pour. J'essaye en tout cas de me souvenir sur quoi je partais à la base. Je pense que c'est la première chose qu'inconsciemment en fait on fait tous. Moi je n'ai pas vraiment de... Je ne sais pas si on peut dire des Tips pour se remettre dans le truc ».	moi et ma patiente et le soin. Qu'est-ce que je dois faire ? Moi j'aimerais bien avoir plus d'armes, ça c'est sûr. J'ai pas assez, j'aimerais bien la solution »			
Thèmes inattendus						
Notion de refus			(Lignes 88-91) « Non , parce que c'est bien ça le souci. On peut dire non à qui ? Celui qui nous a interrompu, c'est-à-dire le labo ? La secrétaire ? Qui est un élément important parce que finalement, c'est aussi pour un patient qui est à toi. Pas forcément à ce moment-là mais qui est dans ton secteur. Non au médecin ?			

			Non ,on ne peut pas dire non. C'est compliqué de dire non. »			
Le cerveau féminin et la capacité d'adaptation						(Lignes 131-133) « Après tu verras , quand tu vas vraiment, que les choses vont être un peu plus fluides au niveau de t'es gestes et de ta pratique infirmière...Déjà tu as un gros avantage, c'est que tu es une femme, donc on peut faire 10 trucs en même temps. » (Lignes 139-141) « Tu prépares les médicaments et en même temps tu écoutes ce qui se passe. Moi je peux suivre deux conversations en même temps alors que je prépare un truc. Et petit à petit tu arrives à faire ça , alors je dis pas qu'il n'y a pas

						d'erreurs... »
Organisation des équipes et manque de personnel soignant					(Lignes 54-57) « Je pense juste qu'on n'est pas assez nombreux surtout en ce moment, et que si on était plus nombreux, il y aurait moins d'interruptions de tâches. Parce que les patients voient quand même si on est occupé ou pas, mais quand il n'y a pas beaucoup de soignants, ils font au mieux pour eux aussi. »	
Ressentit de l'inefficacité des dispositifs mis en place pour freiner les	(Lignes 82-83) « On a des bracelets. On avait essayé de mettre en place, parce que aussi ce qui est souvent compliqué c'est le soir par exemple avec la préparation des			(Lignes 59-63) « Si on a fait des tests justement avec des brassards et des gilets. Sauf qu'on est quand même interrompu. Surtout, on mettait ça au		

interruptions de tâche	traitements. » (Lignes 85-86) « Oui, et puis il y’a les familles qui sont présentes et là on est interrompu en permanence. Mais les gens ne voient pas en fait. » (Lignes 88-89) « Moi j’étais pas là quand les filles l’ont fait mais ça a été essayer. Les gens ne le voient même pas en fait. »			moment de la distribution des médicaments et on s’est retrouvé avec des familles qui nous interrompent tout le temps. Donc finalement, même les familles font partie de nos interruptions de tâches pendant la distribution des médicaments. Ils font pas spécialement attention. »		
------------------------	---	--	--	--	--	--

Annexe n°13 : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : Margaux LEHMANN

Promotion : 2023-2026

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE)

L'interruption de tâche dans la pratique soignante

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☒

non ☐

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☐

non ☒

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 04/05/2026 Signature :

Bleuermann

Unité d'enseignement 6.2 S6 : Anglais

Date de rendu : 26 Mai 2026

Les interruptions de tâches dans la pratique soignante

Les interruptions de tâches sont présentes dans la pratique quotidienne des soignants. La question posée est : En quoi l'interruption de tâche influence-t-elle la qualité, la sécurité et la relation aux patients ? A l'issu d'un travail de recherche bibliographique, nous avons pu construire un cadre de référence, que nous avons confronté à des entretiens semi directifs de 6 professionnels de terrain. L'analyse croisée a permis de confirmer que les interruptions de tâches ont des conséquences sur l'organisation, la sécurité ou la relation de soin. Pour autant l'analyse semble plutôt récente et le phénomène parfois minimisé, comme faisant partie du travail au quotidien. Les Interruptions de tâches impactent la qualité de vie au travail, voir à la santé des agents, mais aussi la qualité et la sécurité de prise en charge, ainsi que la relation de confiance soignant-soigné. Au terme de ce travail il semble important d'envisager les axes de préventions, qui sont forcément multiples, mais qui doivent interroger l'organisation, la communication, la poursuite de l'analyse des causes et peut être aussi à une plus grande implication du patient.

(179 mots) **Mots clés** : Interruption, tâche, qualité, sécurité des soins, relation soignant-soigné

Interruption of task in the healing practice

Task interruptions commonly affect daily practice of healthcare workers. The question addressed hereby is: how do Task interruptions on quality and safety of provided care, and on their relationship to patients ? Following a literature review, a theoretical framework was developed, and confronted to semi-structured interviews conducted with six healthcare workers. Cross analysis of our interviews confirmed that from the viewpoint of healthcare workers, task interruptions have consequences on organization, safety and caregiving relationship. However, the analysis of this issue seems to be questioning healthcare professionals since only quite recently: The phenomenon sometimes tends to be downplayed as being part of everyday work. Our study appears congruent with the hypothesis that task interruptions may affect quality of working life, and even the health, of healthcare providers, as well as the quality and safety of provided care, and the trust relationship between caregiver and patient. The present work raises our awareness about the importance to consider preventive measures. Such measures would be necessarily multifaceted, addressing organization, communication, continued analysis of causes and maybe also deeper patient involvement.

(175 Words) **Keywords** : Interruptions, Task, quality, safety of provided care, caregiving relationship