

Sommaire

<u>Introduction.....</u>	<u>2</u>
<u>Problématique pratique.....</u>	<u>3</u>
<u>Constat</u>	<u>3</u>
<u>Recherches documentaires.....</u>	<u>4</u>
2.2.1.Le cadre législatif.....	4
2.2.2.La tenue professionnelle.....	5
2.2.2.1.Le badge	5
2.2.2.2.Les codes couleurs	5
2.2.2.3.L'uniformisation de la tenue.....	5
2.2.3.Rôle de l'infirmier dans l'identification.....	6
2.2.3.1.La banalisation des soins.....	6
2.2.3.2.La charge organisationnelle du travail.....	6
2.2.4.Les difficultés inhérentes à la personne âgée.....	7
2.2.4.1.Les difficultés de perception.....	7
2.2.4.2.Représentation culturelle de la femme et de l'homme dans la profession.....	7
<u>Exploration de terrain.....</u>	<u>8</u>
2.3.1.Choix de la tranche d'âge.....	8
2.3.2.Lieu d'enquête.....	8
2.3.3.Durée d'hospitalisation	9
2.3.4.L'identification du personnel soignant.....	9
2.3.5.Les sources de confusion.....	9
2.3.6.L'importance de l'identification pour le patient.....	9
<u>Analyse des entretiens exploratoires.....</u>	<u>9</u>
<u>11</u>	<u>11</u>
<u>Problématique théorique.....</u>	<u>11</u>
<u>La communication.....</u>	<u>11</u>
<u>11</u>	<u>11</u>
3.1.1.La personne âgée et son besoin de communiquer avec ses semblables	12
3.1.2.L'infirmier et la communication fonctionnelle.....	12
3.1.3.L'identification du soignant dans la communication.....	12
<u>La relation soignant - soigné.....</u>	<u>13</u>
3.2.1.L'impact des premiers instants.....	13
3.2.2.Entrer en relation avec la personne âgée.....	14
3.2.3.Se présenter pour donner confiance.....	14
<u>Choix de la méthode de recherche.....</u>	<u>16</u>
<u>Question de recherche.....</u>	<u>16</u>
<u>Méthodologie d'enquête sur le terrain.....</u>	<u>17</u>

6.1. Objectifs de recherche.....	17
Recueil de données.....	17
6.2.1. Choix de l'outil de recueil de données.....	17
6.2.2. Caractéristiques de la Population.....	17
6.2.3. Outils d'analyse.....	18
<u>Conclusion 20</u>	
Bibliographie.....	21
<u>Annexes 23</u>	

1. Introduction

« Bonjour, je m'appelle Florent, je suis étudiant infirmier, c'est moi qui vais m'occuper de vous aujourd'hui ».

Quelques mots qui peuvent sembler banals, mais qui sont la base de toute relation lors de la rencontre de deux individus. En effet, quoi de plus naturel dans la vie de tous les jours que de saluer et se présenter à son interlocuteur.

Qu'en est il à l'hôpital de ce rituel de la rencontre ?

A travers mon constat, réalisé auprès de personnes de plus de 65 ans, j'en arrive à me questionner sur le rôle de l'identification du personnel soignant pour la personne âgée hospitalisée.

J'ai souhaité m'orienter vers ce public pour différentes raisons.

Tout d'abord, parce qu'au vue de l'évolution croissante de l'espérance de vie (Annexe I), c'est un public que l'on est amené de plus en plus à rencontrer, notamment à l'hôpital (Annexe II), milieu où j'ai choisi de travailler au terme de ma formation.

D'autre part, le vieillissement entraînant sur le corps et l'esprit une certaine fragilité, souvent majorée par le contexte d'hospitalisation, je désire connaître d'avantage ce public pour mieux l'appréhender.

De plus, sensibilisé au cours de ma formation, à travers les modules de Sciences Humaines et de Soins infirmiers, à la dimension relationnelle du soin, j'ai souhaité enrichir mon approche de la personne soignée en tant que futur professionnel et aborder ainsi l'identification du soignant dans la communication avec le soigné.

Ainsi mon travail va s'articuler autour de différentes parties.

Dans un premier temps, je vais vous faire part de mon constat observé lors de mes stages, celui-ci m'ayant permis de révéler une problématique pratique.

Afin de vérifier la pertinence de mon sujet, je vais l'étayer par des recherches documentaires et littéraires, puis par un travail exploratoire pour constater sa réalité professionnelle.

Au terme de cette problématique pratique, mon questionnement se précisera pour établir un fil conducteur à mon cadre conceptuel.

Dans un second temps, je développerai un cadre théorique en lien avec ma question de départ, en abordant les concepts de la communication, ce qui me permettra de définir

l'identification, puis celui de la relation soignant - soigné, dans lequel je m'attarderai sur la relation de confiance.

A cette étape de mon cheminement, j'aurai affiné différents aspects de mon constat, ce qui me permettra d'établir une question de recherche.

Pour finir je vous présenterai une méthodologie de recherche dans le but d'explorer, de comprendre, et de rechercher plus encore de sens et de signifiant autour de mon sujet.

2. Problématique pratique

2.1. Constat

Lors d'un stage dans un service d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences auprès de patients à orientation gériatrique, j'ai observé à plusieurs reprises que ce public sollicitait « les blouses blanches » sans différencier leurs diverses compétences.

Par exemple, Mme A, hospitalisée depuis trois jours, demandait des renseignements médicaux à l'agent de service ou à l'aide-soignant, ou encore, parce que je suis un homme, Mr R m'appelait « docteur » alors que je suis étudiant en soins infirmiers.

Il apparaît donc des erreurs dans l'attribution de la fonction et de l'identité des soignants.

D'ailleurs, n'est-il jamais arrivé, le premier jour de stage, à un étudiant en soins infirmiers, et pourtant déjà sensibilisé au milieu hospitalier, de rencontrer des difficultés à reconnaître les différents personnels qui gravitent autour de lui ?

On peut alors imaginer que les personnes âgées, parachutées dans un milieu tout de blanc vêtu, puissent être amenées à confondre le rôle de chacun.

Aussi, j'ai débuté un « état des lieux » autour de ce thème, afin de vérifier si ce constat se révélait ou non.

Dans cette optique, j'ai rencontré une Attachée d'Administration Hospitalière Chargée du Service Communication Clientèle et Relations Publiques d'un centre hospitalier public varois, où j'avais déjà réalisé lors d'un stage mes premières observations. Cet échange m'a permis d'obtenir les résultats d'une enquête qualité menée en 2004 (Annexe III).

J'ai pu constater dans le chapitre : « Votre suivi par nos équipes de soins » que :

- 36,71% de personnes hospitalisées avaient répondu non à la question : « Avez-vous pu distinguer facilement la fonction de chaque membre de l'équipe soignante? »
- et 33,55% ont répondu aussi négativement à la question : « En cas de besoin saviez-vous toujours à qui vous adresser ? »

De ce fait, j'en viens à supposer qu'il existe un problème d'identification du personnel soignant par le patient durant son hospitalisation.

Pour étayer ces résultats, je me suis interrogé si des enquêtes « qualité » avaient été menées sur le plan national. Or sur Internet, j'ai pu accéder à une recherche, sur une population d'âge diversifiée mais comprenant des personnes âgées, réalisée la même année dans un centre hospitalier public de la région Parisienne.

On y remarque que sur le thème : « Qualité humaine des soignants et information », il y a 23% d'opinion négative et très négative concernant l'identification du personnel soignant

(Annexe IV). Il existe bien là aussi un problème pouvant être l'identification des soignants, et que dans ce dernier cas, on employait bien la notion d'identification du personnel soignant.

Je me suis donc posé une première question :

« L'identification du personnel soignant par la personne âgée peut- elle avoir une influence sur la qualité de sa prise en charge lors de son hospitalisation ? »

Au vue de ce questionnement, et avant d'entamer une exploration de terrain, j'ai souhaité élargir mes connaissances en terme d'identification du personnel soignant, et ceci à travers des recherches documentaires.

2.2. Recherches documentaires

Ces recherches m'ont amené à approfondir mon constat suivant différents axes. Dans un premier temps, j'aborde le cadre législatif, la tenue professionnelle, puis le rôle de l'infirmier dans son identification auprès de la personne âgée, et enfin les difficultés inhérentes à ce public.

2.2.1. Le cadre législatif

Une circulaire de 1985, renforcée en 1989 par celle relative au renouveau du service public précise la nécessité de pouvoir identifier les agents en relation avec ses usagers.

Par ailleurs, lors des dernières réformes hospitalières, un tournant marque l'attention portée au patient en tant que personne.

Aussi, la loi du 31 juillet 1991 énonce que : « *Les malades ont des droits lorsqu'ils sont accueillis dans les établissements de santé.* »¹

Cependant, c'est plus particulièrement en 1994 qu'est exprimé pour la première fois que : « *...les patients devraient être informés de l'identité et du statut professionnel des personnes qui les soignent* »² (Annexe V).

On développe bien ici l'identification du personnel soignant de par son identité et sa fonction.

Cette évolution en faveur du patient, qui devient « client » de l'établissement, va s'accroître avec l'Ordonnance hospitalière du 24 avril 1996. Désormais la qualité de la prise en charge du patient est un objectif essentiel pour tout établissement de santé, devenant à son tour « prestataire de services ».

Après l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Évaluation en Santé³ et sa mission dans les démarches d'accréditation des établissements de santé, on parle de nos jours de certification. C'est la Haute autorité de santé⁴, mise en place depuis le 1^{er} janvier 2005, qui assure cette mission.

¹ Loi n° 91- 748, Art L710-1.

² OMS 28-30 mars 1994, Déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe.

³ Ordonnance n°96-346.

⁴ Loi n°2004-810.

D'ailleurs, celle ci mentionne dans son référentiel : Droit et information du patient N°3 d, que «*Le patient est informé de la fonction et de l'identité des personnes intervenant auprès de lui.* »¹ (Annexe VI).

De ce fait, les établissements de santé, dans leur démarche de certification, sont tenus de répondre à ses exigences.

C'est ainsi que divers moyens d'identification visuelle sont mis en place.

Afin de les analyser, j'ai rencontré le Directeur Adjoint chargé de l'accréditation et de l'étude organisationnelle d'un hôpital public varois. Entre le besoin du patient à identifier son interlocuteur et les exigences de la certification, j'ai été amené à traiter la tenue professionnelle du soignant en développant trois aspects, le badge, les codes couleurs et l'uniformisation.

2.2.2.La tenue professionnelle

2.2.2.1.Le badge

Dans un premier temps, on observe que les soignants portent sur leur tenue une étiquette thermocollée, imposée par l'institution, et précisant leur identité et leur fonction (Annexe VII). Néanmoins, certains professionnels de santé, malgré les obligations inhérentes à l'hygiène, fixent sur leur tunique un badge personnalisé en bois ou en plastique qui a leurs yeux les identifie davantage (Annexe VIII). En effet, ils argumentent ce choix au fait d'humaniser leur approche du soigné, mais aussi pour des raisons de lisibilité (Gros caractères).

En conséquence, on peut présumer que les badges institutionnels soient à l'origine de difficultés d'identification puisqu'ils s'adaptent difficilement à la personne soignée, et d'autant plus aux besoins de la personne âgée, du fait d'une dégradation des sens que je développerai ultérieurement.

2.2.2.2.Les codes couleurs

Dans un deuxième temps, on remarque dans les établissements de santé, une distinction des fonctions des différents soignants par un système de code couleur. Les choix restent inégaux d'un lieu à l'autre : parement sur le revers de poche ou sur les manches pour certains, et étiquettes de couleurs pour d'autres (Annexe IX). On peut concevoir que même si une information sur cette distinction visuelle est présente dans les livrets d'accueil, ceux-ci, différents d'un établissement à l'autre, peuvent entraîner une confusion, de la part de la personne âgée, sur l'identification du soignant.

Les badges et les codes couleurs montrent bien une volonté d'une identification précise du personnel auprès de l'utilisateur, néanmoins, comme le dit une infirmière Canadienne : « *De nombreuses personnes vêtues de blanc gravitent autour d'un malade et, très souvent, il ne sait plus qui fait quoi.* »²

2.2.2.3.L'uniformisation de la tenue

¹ Direction de l'accréditation (2003), page 45.

² PHANEUF M. (2002), page 111.

Effectivement, on peut s'apercevoir que la tenue vestimentaire est identique pour la plupart des soignants (Annexe X). Cela n'a pas toujours été le cas. Vers 1870, on se rend compte d'une grande diversité vestimentaire, les soins étant alors dispensés conjointement par des ordres religieux et laïques.

Le vêtement va alors évoluer au rythme du temps, guider par des soins de plus en plus complexes, où l'hygiène mais aussi l'aspect ergonomique et économique transforment la tenue.

Le soignant du XX^{ième} siècle va ainsi s'uniformiser. L'infirmière perd au fil des ans sa coiffe et son tablier, pour opter pour la tunique pantalon, qui est la tenue actuelle des différents professionnels de santé. LHEZ P. (1995)

Une raison de plus, semble-t-il, pour que le patient se retrouve submergé par la présence de soignants habillés à l'identique.

On vient de traiter les outils d'identification du personnel hospitalier, voyons maintenant le rôle de chaque protagoniste dans cette identification.

2.2.3. Rôle de l'infirmier dans l'identification

Il me paraît à présent essentiel de me questionner sur le rôle de l'infirmier dans son identification au près du patient.

Au vue de sa fonction et de son décret de compétence, les soins qu'il propose « ... *intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade.* »¹

Comme les établissements de santé sont les acteurs principaux dans le choix des tenues, des étiquettes thermocollées et des divers codes couleurs, et que l'influence de l'infirmier reste limitée sur ces différents moyens, celui-ci va alors se présenter oralement pour décliner son identité et sa fonction. Son identification entre donc dans le cadre de la relation avec le soigné.

On peut ainsi s'interroger sur les éléments susceptibles d'entraver la qualité de cet échange. Par exemple, lorsqu'un soin est répété fréquemment, ou lorsqu'il y a surcharge de travail.

2.2.3.1. La banalisation des soins

La banalisation de l'acte peut favoriser l'installation d'une certaine routine du travail infirmier. Comme le précise PHANEUF M. (2002) dans son ouvrage, le soin automatisé, impersonnel, se déshumanise. Le « patient sujet » devient un « corps objet ». Les principes élémentaires du soin, acquis en formation, sont susceptibles d'être mis de côté. Or, un soin, malgré parfois sa simplicité apparente, demande un savoir faire, certes, mais aussi un savoir être. Ce dernier, derrière le côté technique, peut sembler être délaissé. On peut alors penser que le soignant soit amené à bafouer l'aspect de la relation, qu'est la présentation orale.

2.2.3.2. La charge organisationnelle du travail

Les responsabilités et les tâches multiples peuvent limiter la présence accordée au près du patient. PHANEUF M. (2001). De plus, lorsqu'un membre de l'équipe est absent (maladie, grossesse, formation) et n'est pas remplacé, nous pouvons retrouver une surcharge de

¹ Décret 2004-802, Art R. 4311-2.

travail. Celle-ci risque d'avoir des répercussions néfastes sur la qualité du soin puisque le soignant doit fournir un travail supplémentaire, dans un temps identique au précédent. Il peut de ce fait en résulter une diminution de la durée accordée à la relation avec le patient, et à sa présentation auprès de lui.

Après avoir abordé les difficultés potentielles de l'infirmier pour s'identifier, je vais à présent développer celles inhérentes à la personne âgée.

2.2.4. Les difficultés inhérentes à la personne âgée

Le vieillissement se définit comme un processus physiologique normal que subit tout organisme à la fin de sa vie.

Il se traduit par une altération des cellules expliquant une dégradation fonctionnelle généralisée. Les capacités et performances physiques, avec entre autre une altération des facultés sensorielles, intellectuelles et psychiques déclinent alors. De plus, ce vieillissement peut entraîner de multiples pathologies douloureuses ou angoissantes (Annexe XI).

De ce fait, la personne âgée est susceptible de devenir un individu fragile et vulnérable dans la globalité de son être. Il me semble alors que cette personne puisse être à même d'avoir des difficultés d'identification du personnel soignant. On peut alors s'interroger sur les étiologies de cette difficulté.

2.2.4.1. Les difficultés de perception

Comme on a pu le voir précédemment, le processus de sénescence est généralement caractérisé par un déclin de l'acuité des sens. Ces difficultés de perception inhérentes à la personne âgée peuvent être présentes notamment au niveau auditif. Il se peut alors que le soignant se soit présenté mais que l'information n'ait pas été reçue.

De plus, au niveau visuel, la personne âgée est susceptible de rencontrer la même difficulté (Annexe XII). L'infirmier malgré un code couleur ou le port d'un badge peut être difficilement perçu par le soigné.

Ces deux aspects semblent alors paraître gênants pour établir une relation.

De plus, une autre étiologie possible peut être mise en avant, comme une représentation erronée du soignant.

2.2.4.2. Représentation culturelle de la femme et de l'homme dans la profession

Dans ce chapitre, je me suis demandé si la masculinisation de la profession infirmière pouvait être en lien avec mon sujet.

Dés le début de la profession, divers aspects ont fait que ce métier était essentiellement féminin.

Tout d'abord, l'infirmière était une personne humble, docile, voire soumise au docteur, comme à l'époque une femme au foyer pouvait l'être envers son mari. Celle-ci était considérée instinctivement maternelle puisqu'elle prodiguait les soins d'hygiène auprès des malades.

Il lui fallait être entièrement dévouée à ses patients, comme une religieuse l'est à Dieu, pour être considérée comme une professionnelle idéale.

C'était aussi, du fait de son statut social, un individu qui n'avait pas accès, comme l'homme, aux mêmes possibilités d'instruction. Celui-ci gardait le savoir, et l'infirmière, l'exécution des actes. KNIBIEHLER Y., LEROUX-HUGON V., DUPONT-HESS O., TASTAYRE Y. (1984)

Néanmoins, le départ des hommes dans le contexte des guerres 14-18 et 39-45, renforce sa place dans le milieu de la santé.

A ce jour, l'évolution de son rôle dans la société, notamment avec son émancipation entre 1960 et 1970, et l'accès croissant de l'homme aux écoles d'instruction d'infirmières, a modifié l'image de la profession.

Une femme peut alors être médecin et un homme infirmier, phénomène impensable avant.

On peut donc concevoir qu'il reste encore ancré dans les esprits, surtout pour ceux ayant connu l'avant-guerre et donc les personnes âgées, cette idée de l'infirmière restant une femme. Ceci apparaît comme une source éventuelle de confusion dans l'identification du rôle de la femme et de l'homme soignants.

Après avoir développé ces quatre axes, il m'est à présent plus aisé d'aller confronter mes recherches sur le terrain.

2.3.Exploration de terrain

J'ai souhaité rencontrer le public que j'avais ciblé, afin de pouvoir évaluer et affiner mon constat. Ainsi, j'ai élaboré une grille d'entretiens (annexe XII), regroupant une série de 7 questions : 4 pour cibler la population et le contexte d'hospitalisation, et 3 pour identifier les causes et les conséquences liées à un éventuel problème d'identification.

2.3.1.Choix de la tranche d'âge

Ma première question m'a permis d'orienter plus précisément mon analyse vers la population choisie, les personnes âgées. Ainsi sur les neuf entretiens, huit ont pu être exploités puisqu'ils correspondaient à des personnes «de 65 ans et plus», définition de l'Organisation Mondiale de la Santé.

2.3.2.Lieu d'enquête

J'ai réalisé mon exploration en milieu libéral. En première intention, il m'ait paru intéressant de pouvoir aller rencontrer les personnes âgées sur le terrain, afin de réajuster éventuellement mon cheminement.

De plus, il me semblait judicieux de mener mes entretiens au domicile des personnes, dans un environnement familial, et sécurisant pour elles, pouvant favoriser ainsi l'échange.

En effet, j'ai supposé que le fait de dialoguer dans un contexte autre que celui de l'hôpital, avec un voisin de chambre, ou avec l'appréhension du jugement de l'équipe soignante, semblait être favorable à la relation.

Le cadre, dans lequel j'ai mené ces entretiens, est susceptible de surprendre. On peut se dire que le milieu libéral n'est pas le reflet des services de soins en milieu hospitalier. Cependant, j'ai interrogé les personnes sur leur vécu lors d'une hospitalisation antérieure, et non sur leur prise en charge à domicile. Bien entendu, dans le souci de conserver la justesse du souvenir et d'éviter des oublis, j'ai préféré choisir une population ayant été hospitalisée il y a moins de 6 mois, ceci justifiant ma deuxième question.

2.3.3. Durée d'hospitalisation

Ma troisième question m'a permis de cibler sur les huit entretiens restants, un public ayant connu des hospitalisations de courte durée (médecine, chirurgie). Ainsi, j'ai pensé qu'une hospitalisation en long séjour pouvait être plutôt qualifiée de lieu de vie avec une approche relationnelle différente. Le patient avec le temps sait qui est qui et qui fait quoi. Cependant, on peut imaginer que ce n'est pas forcément le cas lorsque cette hospitalisation est de courte durée, d'où un risque de confusion.

2.3.4. L'identification du personnel soignant

A travers la quatrième et la cinquième question, mon objectif était de faire apparaître un éventuel problème dans l'identification des différents soignants par le patient, et de s'interroger si l'infirmier y jouait un rôle. Notamment, j'ai souhaité vérifier s'il s'était toujours identifié de manière adaptée.

2.3.5. Les sources de confusion

Il m'est apparu important de me questionner sur les origines attribuées à cette difficulté de reconnaître les soignants par la personne âgée hospitalisée. Ma sixième question a donc été posée dans ce sens.

2.3.6. L'importance de l'identification pour le patient

A travers ma septième et dernière question je me suis informé si le patient ressentait la nécessité ou pas que le soignant s'identifie.

2.4. Analyse des entretiens exploratoires

Dans un premier temps, j'ai constaté que dans cinq cas sur les huit retenus, un problème d'identification était survenu. L'infirmier était régulièrement impliqué, puisqu'il était confondu avec le médecin, et l'infirmière avec l'aide soignante, voire la diététicienne. Il apparaît donc bien un problème de confusion entre les différents soignants.

J'en viens à rechercher à travers mes entretiens les raisons susceptibles d'être à l'origine de ce problème d'identification.

Ainsi, on peut noter que la présence trop importante de soignants habillés à l'identique apparaît comme une gêne (Trois réponses sur cinq entretiens). Il semble qu'une origine des

confusions des patients peut être attribuée au fait que la personne se retrouve submergée dans un environnement uniformisé.

De plus, on peut penser que cette difficulté puisse se retrouver majorée par d'éventuelles difficultés de perception auditive et visuelle de la personne âgée.

En effet, Mr X, me dit : « je n'entends pas bien et n'osant pas toujours faire répéter les personnes, je suis souvent perdu dans le brouhaha des mots et des noms ». Quant à Mme X., elle m'explique : « Sans mes lunettes, je n'arrive pas à déchiffrer les inscriptions sur les badges des soignants, et du coup, je ne sais pas qui s'adresse à moi ».

Par ailleurs, à plusieurs reprises, j'ai noté que le patient a répondu qu'une absence de présentation orale du soignant est à l'origine d'une difficulté d'identification (quatre réponses sur cinq). On peut alors s'interroger tout d'abord, sur la façon dont l'infirmier communique avec le soigné tant sur le contenu (existence d'une présentation orale) que sur la forme (communication adaptée à l'interlocuteur).

Dans un deuxième temps, après avoir souhaité connaître les causes mises en avant par les personnes interrogées, j'ai voulu savoir si selon elles, l'identification est nécessaire lors des soins et si son absence a des répercussions.

Ainsi sur les cinq entretiens qui révèlent un problème de confusion, pour trois personnes, l'identification n'apparaît pas comme une nécessité dans la qualité de la prise en charge du soigné.

Par exemple, Mr Y me dit que pour lui, le plus important est que le soignant réalise des soins efficaces et sans douleur, pour instaurer un climat de confiance avec celui-ci.

Néanmoins, pour les deux autres personnes, elle se manifeste comme un besoin, puisque l'identification du professionnel de santé influence leur comportement.

Ainsi, Mme X me confie : « si je ne connais pas ou ne sais pas qui vient s'occuper de moi, je ne me sens pas en sécurité ». Et Mme Y affirme que le fait de connaître son interlocuteur, rend la relation plus intime, plus solide, qu'elle favorise un sentiment de confiance, et donc est un mieux dans l'acceptation des soins.

En conclusion de cette partie, même si pour certains ce n'est pas forcément une nécessité, pour d'autres le simple fait pour le soignant de s'identifier auprès de la personne soignée offre la possibilité à cette dernière d'humaniser son interlocuteur et de reconnaître par sa fonction, ses compétences.

En s'identifiant, l'infirmier semble favoriser la relation, qui devient alors une relation de confiance.

J'en viens à me poser la question suivante :

« En quoi l'identification du personnel soignant par la personne âgée lors de son hospitalisation, peut-elle induire une relation de confiance ? »

3. Problématique théorique

En lien avec ma problématique pratique, et dans l'optique de développer mon dernier questionnement, il me semble à présent utile de définir dans mon cadre conceptuel, dans un premier temps, la communication en abordant l'identification du soignant, puis secondairement, la présentation orale de celui-ci dans la relation soignant/soigné.

3.1. La communication

Communiquer vient du latin « *communicare* »¹, mettre en commun. Il se définit dans le Petit Larousse ainsi : « *Etre en relation, en rapport, en correspondance avec quelqu'un* ».

Communiquer consiste donc à s'exprimer, et à permettre à l'autre de le faire à son tour.

On s'aperçoit alors que l'infirmier, de par sa fonction, se trouve continuellement en interaction avec le soigné, les familles, et l'équipe de soin. De ce fait, il communique.

De plus, la théorie de la communication, proposée en 1943 par Shannon et Weaver, énonce qu'un émetteur transmet un message à un récepteur via un canal. FAYN MG., FRECHOU D. (1989)

La communication nécessite de ce fait que l'on soit au moins deux : celui qui transmet et celui qui reçoit.

L'infirmier prend donc ici la place de l'émetteur et le patient du récepteur, ou vice versa. Il leur faut utiliser un canal identique, sachant que la transmission du message peut être parasitée notamment par le contexte de l'hospitalisation (angoisse, bruits, tumultes des soins) et par les difficultés propres à chaque individu.

Par ailleurs, le soignant doit s'exprimer de manière à être compris.

Il doit donc se servir d'un langage :

- Simple, avec des mots à la portée de la personne, qui exclue les abréviations ou les sigles, par exemple en utilisant le terme d'infirmier au lieu d'IDE (Annexe XIII).
- Approprié aux circonstances en choisissant un lieu et moment opportuns.
- Adapté au patient, par exemple si la personne âgée est mal entendante en évitant de se présenter dans le brouhaha du service, ou encore dos à elle.

Ces éléments abordés par PHANEUF M (2002) dans son ouvrage, sont favorables à la qualité du message verbal dans la pratique des soins infirmiers. Ils sont valables auprès de tous les patients, et donc également lors de la prise en charge de la personne âgée.

¹ FAYN MG., FRECHOU D. (1989), page 137.

3.1.1.La personne âgée et son besoin de communiquer avec ses semblables

La personne âgée, comme tout individu, est un être complet, indivisible et en interaction constante avec son environnement. En partant du besoin fondamental de Virginia Henderson, elle désire communiquer avec son entourage et avec les soignants en exprimant ses émotions, ses besoins, et ses idées. La satisfaction de ce besoin est donc nécessaire à sa globalité. ADAM E., LAUZON S. (1996).

De plus, la communication ouvre une porte à l'échange et permet de mieux connaître la personne à soigner.

« La communication constitue le principal outil thérapeutique dont dispose l'infirmier puisqu'elle lui permet de connaître la personnalité, le milieu de vie de la personne et la conception du monde qui entrave ou au contraire, motive ses efforts pour se préserver de la maladie ou pour se prendre en main et se conformer au traitement. »¹

C'est donc une alliée professionnelle puisqu'elle participe à la prise en charge holistique du soigné.

Dans la pratique infirmière, on parle plus précisément de communication fonctionnelle.

3.1.2.L'infirmier et la communication fonctionnelle

La communication fonctionnelle correspond à la communication la plus couramment utilisée par l'infirmier. En effet, selon PHANEUF M. (2002), elle s'adapte à la profession puisqu'elle intervient dans les échanges de tous les jours avec les personnes soignées, les professionnelles de santé et toutes les personnes qu'il côtoie.

De plus, il est impossible de ne pas communiquer, *« La communication se trouve partout. »²*

L'infirmier à travers ses pratiques, même les plus techniques, ne peut pas ne pas communiquer.

Il échange des informations en permanence utilisant différents supports :

- Verbaux, tels que les mots et le langage écrit (badges).
- Non verbaux, comme les gestes et les mimiques mais aussi les accessoires, les signes distinctifs d'une fonction (tenue vestimentaire, codes couleurs, stéthoscope).

L'ensemble de ces éléments apporte une information à partir de laquelle un message est perçu et interprété par l'autre, notamment son identité et sa fonction.

3.1.3.L'identification du soignant dans la communication

L'identification se définit comme *« l'action d'identifier ; le fait de s'identifier »³*, donc d'établir son identité.

Le professionnel de santé par les attributs de sa fonction pourra donc être perçu comme soignant, mais devra s'identifier pour être reconnu comme personne soignante dans son individualité.

De plus, comme *« Ils exigent pour une bonne communication d'être bien identifiés par les interlocuteurs »⁴*, l'identification apparaît ici être un outil et un atout dans l'échange avec le soigné.

¹ PHANEUF M. (2002), page 17.

² PHANEUF M. (2002), page 24.

³ PETIT LAROUSSE (1995).

⁴ MANOUKIAN A., MASSEBEUF A. (2001), page 25.

Si saluer et se présenter lors de toutes interventions, apparaît être une marque de respect et de politesse, l'importance de l'identification du soignant est à souligner lors de sa rencontre avec la personne soignée puisqu'elle favorise l'entrée en communication.

En effet, même si d'autres paramètres influencent la communication, le premier contact joue un rôle déterminant dans la qualité de la relation, puisque « *Les premières minutes de la communication sont très importantes : elles donnent le ton à la relation.* »¹

Je viens d'aborder à travers mon concept de la communication, l'identification du soignant, voyons maintenant l'impact de ce premier échange dans la relation soignant/soigné.

3.2. La relation soignant - soigné

Dans son ouvrage un professeur de psychiatrie et de psychologie médicale énonce qu'« *Il suffit que deux êtres humains se rencontrent, qu'ils créent du lien réciproque en échangeant de la parole et du sens pour qu'une relation s'instaure.* »²

La relation se définit comme « *...une rencontre de deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires; ...* »³.

De plus, dans le cadre des soins infirmiers, on peut accorder au terme soigner, celui de prendre soin, porter attention à quelqu'un, c'est une interaction entre deux individus qui créent une relation.

La pratique infirmière est donc inséparable de la relation humaine.

En effet, « *Les équipes soignantes, par leurs fonctions dans les services hospitaliers, entrent en relation avec le malade de façon intime et souvent prolongée.* »⁴

Le patient confie aux « soins de l'infirmière », ses maux et des mots.

Cet échange va alors se mettre en place par le biais de la communication, et on parle désormais de relation soignant-soigné.

Par ailleurs, comme on l'a vu dans le chapitre précédent, pour que cette relation soignant-soigné débute sur de bonnes bases, il est nécessaire d'accorder une attention particulière à sa présentation puisqu'elle intervient dès les premiers instants de l'échange.

3.2.1. L'impact des premiers instants

En effet, « *Les premières impressions d'une rencontre sont déterminantes et imprègnent la mémoire affective.* »⁵

Puisque ces prémices marquent l'affectif et influence la rencontre, on peut comprendre alors toute leur nécessité pour la suite de la relation.

L'emprunte, qui est ainsi laissée, offre à la personne la possibilité de recevoir et de modeler sa perception des soignants.

Il semble alors que la relation sera à l'image de la perception que se fait le soigné du soignant par sa présentation.

¹ PHANEUF M. (2002), page 27.

² ZARIFIAN E. (1999), page 109.

³ MANOUKIAN A., MASSEBEUF A. (2001), page 9.

⁴ MANOUKIAN A., MASSEBEUF A. (2001), page 7.

⁵ FORMARIER M. (2003), page 19.

Ce premier échange prend d'autant plus d'importance pour entrer en relation à l'âge des pertes et des deuils, dans un environnement qui ne véhicule pas toujours une image positive puisque synonyme de maladie.

3.2.2. Entrer en relation avec la personne âgée

Effectivement, tout individu vit une situation d'insécurité face à un changement, dans le cadre d'une hospitalisation la personne âgée également.

« L'angoisse devant l'échéance de la mort, l'angoisse d'abandon réactivée à chaque perte (départ des enfants, retraite, veuvage, disparition des amis...) favorisent la détresse, et accroissent la dépendance affective. Le sujet âgé cherche par tous les moyens, régressifs parfois, à trouver un sentiment de sécurité et de satisfaction. »¹

La personne âgée souhaite être sécurisée dans un contexte où les enjeux liés à la santé (douleur, handicap, pronostic, maladie) rendent l'engagement entre le soignant et le soigné difficile.

Par ailleurs, puisqu'un « *sentiment de sécurité* »² est synonyme de confiance, on peut penser que pour entrer en relation, elle a besoin alors de confiance.

3.2.3. Se présenter pour donner confiance

Dans le dictionnaire il est accordé au terme confiance, « *Sentiment de sécurité de celui qui se fie à quelqu'un* »³.

Pour mettre la personne en confiance, avant tout, la première étape va être de la sécuriser en lui offrant entre autre des repères spatiaux, temporeux, et aussi identitaires.

En effet, « (...) *les repères identitaires sont aussi importants ; ils consistent à situer le patient dans l'interrelation, qui est entrain de se créer, pour lui octroyer toute sa place, et qu'il puisse s'investir. La finalité de cette étape n'est pas de donner des repères, mais de sécuriser, (...)* »⁴

Se présenter entre bien dans ce cadre. Ainsi, en déclinant son identité et sa fonction, le soignant devient un visage connu dans un monde qui ne l'est pas.

« Au delà d'une technicité appropriée, le malade recherche chez le soignant, souvent à son insu, une figure protectrice susceptible de donner sens et satisfaction à une quête confuse(...) »⁵

Le sujet âgé va alors pouvoir personnaliser l'image du soignant et se rassurer par cela.

En se présentant lors de la relation, l'infirmier va humaniser son intervention auprès du soigné.

« La véritable relation se construit à travers des échanges personnalisés. »⁶

Le professionnel améliore en conséquence la qualité du lien, qui va faire progresser de ce fait sa prise en charge.

¹ MANOUKIAN A. (2004), page 92.

² BOUSSINOT R. (1998), page 223.

³ PETIT LAROUSSE (1995).

⁴ FORMARIER M (2003), page 19.

⁵ ENYOUA M., FALCON N., SOUVEYRAND P., THOMAS M (1999), page 95.

⁶ MANOUKIAN A. (2004), page 105.

« On n'est pas soigné uniquement par un savoir technique, mais aussi, et d'abord, par un être humain, le soignant, qui établit une relation d'échange avec le soigné »¹

En conclusion de mon cadre conceptuel, on peut s'apercevoir que l'infirmier dans sa pratique communique pour entrer en relation avec le soigné. La qualité de celle-ci semble dépendre entre autre des premiers instants qui lui sont accordés. En effet, les impressions qui en résultent, parce qu'elles laissent une empreinte affective, peuvent influencer la relation qui en découle.

La personne âgée particulièrement vulnérable va chercher à être sécurisée. Par sa présentation, le soignant, en personnalisant, et humanisant son approche, pourra offrir au patient la possibilité de se créer des repères. Ceux-ci pourront alors favoriser la confiance nécessaire à la relation entre le soignant et le soigné.

¹ ZARIFIAN E. (1999), page 85.

4. Choix de la méthode de recherche

A ce stade de mon cheminement, je me retrouve face à une nouvelle question. En conséquence, il est à présent temps de choisir la méthode de recherche la plus appropriée à celle-ci.

Souhaitant explorer un ressenti de l'individu, de l'être dans toute sa singularité, la méthode clinique en recherche me semble des plus intéressante.

En effet, je ne cherche pas ici à apporter des réponses à mes interrogations, mais à développer mon questionnement, à comprendre, à rechercher du sens et du signifiant autour de mon sujet.

Ainsi, puisqu'elle permet une approche qualitative de ma problématique, en favorisant l'observation et surtout l'écoute du sujet et de la situation, cette méthode me paraît adéquate.

5. Question de recherche

« L'attention accordée par l'infirmier à la qualité de sa présentation orale, lors de la prise en charge de la personne âgée hospitalisée, peut elle favoriser une relation de confiance ? »

6. Méthodologie d'enquête sur le terrain

6.1. Objectifs de recherche

Mes objectifs de recherche sont d'approfondir la relation soignant/soigné, en m'attachant plus particulièrement à l'importance que donne le soignant à la relation de confiance.

A travers mon développement j'ai supposé que la présentation orale pouvait introduire l'échange en favorisant un climat sécurisant.

Il s'agit donc de déterminer si la présentation orale de l'infirmier lors de la prise en charge de la personne âgée hospitalisée joue pour lui un rôle dans l'instauration d'une relation de confiance.

De plus, dans ma nouvelle question de recherche, je parle de l'attention accordée par le soignant, cela signifie à la fois le rôle du professionnel de santé dans sa présentation orale, mais aussi à la qualité de celle-ci.

Les objectifs sont donc de plusieurs ordres :

- Apprécier l'importance accordée à la relation lors des soins par les soignants.
- Déterminer si pour le soignant, sa présentation orale favorise une relation de confiance.
- Apprécier les connaissances des soignants sur les difficultés et les besoins de la personne âgée en terme d'identification.

6.2. Recueil de données

6.2.1. Choix de l'outil de recueil de données

Etant donnée que ma recherche s'axe sur des réponses qui restent subjectives, propres à chaque individu, je choisis, comme outil de recueil de données, un guide d'entretien, dans lequel apparaît 3 questions (Annexe XIV). Celles-ci visent à permettre à l'interrogé de s'exprimer sur le sujet plus largement qu'à travers un questionnaire. En effet, il me semble intéressant de favoriser la libre expression. Cependant, afin de rendre mes analyses exploitables dans le cadre de mes recherches, mes entretiens seront semi directifs.

6.2.2. Caractéristiques de la Population

Mes entretiens exploratoires ayant été orientés vers la personne âgée, il était intéressant à présent d'interroger les infirmiers pour aborder mon sujet sous une autre optique.

Mon recueil de données est donc envisagé auprès de ces professionnels qui travaillent dans un service de soins de court séjour. (Médecine, Chirurgie..). En effet, ces services accueillent des patients dont la durée d'hospitalisation est de courte durée, et qui peuvent être âgés de plus de 65ans. Ces éléments me permettent d'être en accord avec ma pré enquête.

De plus, dans ces unités de soins, les soignants se retrouvent en grand nombre. Ils m'offrent alors un large panel de vécus dans la relation avec le patient, puisque chaque individu à une représentation des soins différente.

6.2.3. Outils d'analyse

Afin de réaliser une analyse pertinente de mes entretiens, il est important de connaître dans un premier temps les objectifs précis de chacune de mes questions.

➤ Question n°1

« Quelle place accordez vous à la présentation orale auprès du soigné dans votre profession ? »

Objectif :

Cette question est ouverte afin de favoriser l'échange avec l'interrogé en permettant d'amorcer l'entretien. En effet, elle rentre tout de suite dans le vif du sujet : on parle bien de présentation orale, de personne soignée, et de cadre professionnel.

De plus, celle-ci me permet d'évaluer l'importance accordée par la personne interrogée, à sa présentation orale auprès du soigné. En effet, on peut considérer que plus l'individu y accorde de l'importance, plus il l'utilisera dans sa profession.

➤ Question n°2

« Lorsque vous vous adressez à une personne âgée de quelle manière agissez vous ? »

Objectif :

Ici, je cible le public qui est la personne âgée.

Les réponses me permettent d'évaluer si la personne interrogée apparaît être une personne ressource. En effet, si elle agit en s'adaptant aux difficultés inhérentes à la personne âgée, on peut penser alors que sa présentation orale est de qualité.

➤ Question n°3

« Lorsque vous vous présentez oralement, quels sont les effets que vous avez pu constater sur votre relation avec la personne âgée ? »

Objectif :

Dans cette dernière question, l'intérêt est de discerner à travers le vécu professionnel, les influences que peuvent avoir la présentation orale de l'infirmier sur sa relation avec la personne âgée. Effectivement, les réponses apportées me permettront de faire des liens avec ma question de recherche, notamment en terme de relation de confiance.

Au vue d'étudier mes entretiens, j'ai souhaité utiliser un outil d'analyse me permettant à partir de mes questions d'évaluer l'influence de la présentation orale sur la relation de confiance avec la personne âgée.

Ainsi, j'ai choisis de créer deux tableaux (Annexe XV), qui seront utilisés lors de chaque entretien, et un qui permettra la synthèse de mes résultats.

Premier tableau :

Celui-ci, intitulé « Tableau A », me permettra d'évaluer l'attention accordée à la qualité de la présentation orale par le soignant grâce aux réponses apportées à la question n°1 et n°2.

A partir d'un listing de mots clefs possibles en réponse à chaque question, j'effectuerai une cotation sous forme de points.

L'addition de ceux-ci me permettra d'obtenir différents résultats :

- Un résultat négatif signifiant que l'infirmier n'accorde pas d'attention particulière à la qualité de sa présentation orale.
- Un résultat nul signifiant, soit que l'interrogé n'accorde pas d'importance à sa présentation orale mais essaye de l'adapter face à la personne âgée, soit qu'il lui accorde de l'importance sans pour autant l'adapter.
- Enfin, un résultat positif signifiant que l'infirmier accorde une attention particulière à la qualité de sa présentation orale auprès de la personne âgée.

Second tableau :

Il est intitulé « Tableau B ». Son intérêt est de discerner à travers le vécu professionnel, si la présentation orale de l'infirmier auprès de la personne âgée favorise une relation de confiance.

Ainsi le résultat pourra être soit :

- Positif, il me permettra de mettre en évidence que la présentation orale semble favoriser une relation de confiance auprès de la personne âgée.
- Négatif, lorsque l'on ne peut pas mettre en avant ce lien.

Troisième tableau :

Le « Tableau C » permettra de réaliser l'analyse finale des entretiens en mettant en lien les résultats du tableau A et du tableau B.

Ainsi, il est possible de faire un lien direct avec mon questionnement. En effet, si les deux résultats sont positifs, on peut considérer que plus on accorde d'attention à la qualité de sa présentation orale plus on favorise une relation de confiance avec la personne âgée.

7. Conclusion

Lors de ce travail, je me suis intéressé à l'impact des premiers instants de la communication entre le soignant et le soigné, et plus particulièrement celle de la présentation orale de l'infirmier.

Avant toute chose, j'ai pu me rendre compte que, même si mon étude était centrée sur la pratique infirmière, ce sujet touchait toutes les professions de santé.

En effet, l'ensemble du personnel hospitalier est amené à rencontrer la personne soignée, donc à se présenter.

Par ailleurs, si mon étude s'est effectuée auprès de personnes âgées, il n'en reste pas moins, que les confusions et les problèmes d'identification du soignant peuvent se retrouver au niveau de tout patient. C'est donc une situation que peut rencontrer chaque soignant dans n'importe quel service.

Ainsi à travers cette recherche, j'ai été amené à me documenter sur la communication, l'identification et sur la relation soignant - soigné.

Je me suis rendu compte, qu'en personnalisant et humanisant les premiers instants de la relation, le soignant pouvait favoriser la venue d'une confiance favorable à la prise en charge du patient.

C'est ainsi qu'une nouvelle question a émergé de mes recherches. Effectivement, il me semblait utile d'observer à travers le vécu du soignant, si la qualité de son premier échange, par sa présentation orale, pouvait influencer sa relation avec le soigné, en favorisant la confiance.

En abordant ici la notion de qualité, on peut supposer la limite principale de mon étude. En effet, même si à ce stade de mes recherches je reste dans l'attente de pouvoir confronter mes questions à la réalité professionnelle, je pense que les entretiens, qui ne concerneront que quelques individus, n'offriront pas la possibilité de généraliser un constat. Comme chacun à sa propre représentation de la qualité, il semble alors que les résultats pourraient garder une part de subjectivité.

Toutefois, ce travail de fin d'étude m'a permis de me familiariser avec l'analyse d'un comportement infirmier dans un contexte de soins.

En m'amenant à me questionner, j'ai pu porter et développer un regard plus objectif face aux situations professionnelles.

De plus, particulièrement sensible à l'aspect relationnel des soins porté au patient, mon cheminement m'a ainsi offert la possibilité d'acquérir de nouvelles connaissances dans le domaine de la communication et de la relation soignant soigné.

Cependant, il reste d'autres pistes à explorer. Si dans mon étude, j'ai abordé l'impact que pouvait avoir l'identification du soignant dans la prise en charge de la personne âgée, à l'inverse, on peut aussi s'interroger sur la place de l'identification du soigné. En effet, la relation peut-elle être influencée si le patient se sent reconnu comme une personne dans son individualité ?

8. Bibliographie

Ouvrages

- ADAM Evelyn, LAUZON Sylvie – **La personne âgée et ses besoins** – Editions Seli Arslan, Paris, 1996, 867 pages.
- BOUSSINOT Roger – **Dictionnaire Bordas des synonymes, analogies, antonymes** – Editions Bordas, Paris, 1988, 930 pages.
- DUPONT-HESS Odile, KNIBIEHLER Yvonne, LEROUX-HUGON Véronique, TASTAYRE Yolande – **Cornettes et blouses blanches** – Hachette littérature, Saint Armand-Montrand (Cher), 1984, 366 pages.
- ENYOUUMA Marcus, FALCON Nathalie, SOUVEYRAND Pascal, THOMAS Michel – **Les Nouveaux Cahiers de l'Infirmière n°6 « Sciences Humaines »** – Editions Masson, Paris, 1999, 156 pages.
- FAYN Marie-Georges, FRECHOU Denis – **La communication à l'hôpital** – ESF éditeur, Paris, 1989, 145 pages.
- LAROUSSE – **Le petit Larousse Grand Format** – Edition Larousse, Paris, 1995, 1872 pages.
- LHEZ Pierrette – **De la Robe de Bure à la Tunique Pantalon** – Inter éditions, Paris, 1995, 182 pages
- MANOUKIAN Alexandre – **Les soignants et les personnes âgées** – Lamarre, Reuil-Malmaison, 2004, 165 pages.
- MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne – **Pratiquer... Relation soignant/soigné** – Lamarre, Reuil-Malmaison, 2001, 173 pages.
- PHANEUF Margot – **Communication, entretien, relation d'aide et validation** – Chenelière Education, Montréal, 2002, 634 pages.

Revue :

- FORMARIER Monique – **Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité** – Recherche en soins infirmiers, ARSI, décembre 2003, pages 15 à 20.

Documents non publiés

- Direction de l'accréditation – **Manuel d'Accréditation des Etablissements de Santé** – Démarche d'accréditation, Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation, La Plaine Saint Denis, 2003, 136 pages.

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n°91- 748, du 31 juillet 1991, portant sur la réforme hospitalière.
- Ordonnance n°96-346, du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Décret 2004-802, du 29 juillet 2004, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
- Circulaire n° 1993-SG, du 30 janvier 1985, relative à la personnalisation des relations entre l'administration et les usagers.
- Circulaire, du 23 février 1989, relative au renouveau du service public.
- Organisation Mondiale de la Santé, Consultation européenne sur les droits des patients du 28-30 mars 1994, déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe.

Internet

- <http://www.who.int>
- <http://www.insee.fr>
- <http://dpm.ap-hp.fr:sommun/satisf-patients2004.pdf>
- <http://biomidi.fr>

9. Annexes

- **Annexe I : « Evolution de l'espérance de vie »**
- **Annexe II : « Taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée »**
- **Annexe III : « Votre suivi par nos équipe de soins »**
- **Annexe IV : « La satisfaction des patients hospitalisés en court séjour »**
- **Annexe V : « Déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe »**
- **Annexe VI : « Droits et information du patient »**
- **Annexe VII : « Etiquettes thermocollées »**
- **Annexe VIII : « Badges d'identification personnalisés en bois »**
- **Annexe IX : « Codes couleurs sur poches »**
- **Annexe X : « Tunique pantalon »**
- **Annexe XI : « Morbidité déclarée par sexe »**
- **Annexe XII : « Pathologies les plus fréquentes selon l'âge »**
- **Annexe XIII : « Questions d'entretien exploratoire »**
- **Annexe XIV : « Initiales sur étiquettes thermocollées »**
- **Annexe XV : « Questions du guide d'entretien »**
- **Annexe XVI : « Tableaux d'analyse des entretiens »**