

## Recommandations de la Commission d'éthique Clinique au sujet du "retrait" des sonnettes aux patients

---

La Commission d'éthique clinique a souhaité se saisir du thème « retrait » des sonnettes. La Commission a mené sa réflexion lors de la séance du 15 septembre 2015.

### Contexte

La sonnette par sa portée symbolique représente un lien entre les soignants et les patients. Elle permet en effet de demander de l'aide ou solliciter un contact ; par conséquent le fait de ne plus accéder à sa sonnette peut être considéré comme une rupture du lien entre le patient et les soignants.

Elle peut également refléter la disponibilité des soignants, en fonction du temps mis à apporter une réponse, comme le relève également Cani (2008).

Parfois, des familles indiquent ne pas avoir reçu suffisamment d'explications pour leur permettre de bien comprendre les raisons dudit retrait. Par ailleurs, en psychiatrie lors de mise à l'isolement, la famille est systématiquement informée (Dumont, Giloux, & Terra, 2012).

### Commentaires de la Direction des soins, représentée par MM. P. Genoud et N. Jayet

Cette problématique pourrait être étudiée par la DSO afin d'identifier les moyens envisageables permettant d'éviter ces situations. Il est relevé que compte tenu de la vulnérabilité des patients, la présence et l'accessibilité d'une sonnette est fondamentale. La possibilité d'appeler un soignant répond à un critère de sécurité (Cani, 2008).

L'usage inapproprié de la sonnette dans certaines situations (ex. état confusionnel aigu ou démence) peut toutefois expliquer son retrait. Dans de tels cas, des alternatives assurant la surveillance doivent être envisagées, par exemple la présence d'un proche, d'un bénévole ou le passage fréquent du personnel soignant.

Ces décisions sont notamment prises en situation de crise et/ou de surcharge de travail. Généralement, les soignants savent que ce n'est pas une bonne pratique et que ce n'est, en principe, pas autorisé

Les décisions de retrait semblent être prises en fonction du type de service (somatique vs psychiatrique) et compte tenu de situations individuelles. Contrairement à la contention, il n'existe pas de règles ou procédures concernant le retrait de sonnette. Dans tous les cas, ces décisions devraient être documentées.

### Réflexions de la Commission Ethique

En gériatrie, les patients déments ne parviennent pas à faire usage des sonnettes, il est fréquent que la décision de les retirer soit prise. Dans la mesure où ces décisions impliquent des dangers supplémentaires, elles font l'objet de discussions d'équipe afin de faire les choix les moins mauvais possibles. Dans ce contexte, la souffrance des soignants est prise en compte.

Il apparaît évident que tout retrait doit faire l'objet d'une information claire aux proches. Ces derniers délèguent en effet les soins et surveillance au personnel soignant. Ils peuvent donc se sentir trahis par la prise de telle mesure. Le retrait de sonnette peut s'avérer être le symptôme de problèmes existants dans la relation de soin mais aussi dans la communication au sein des équipes.

Il a peu de littérature ayant pour thème principal le retrait de sonnette. Ce sujet apparaît en deuxième plan dans des articles concernant notamment, la contention, la communication soignant-soigné, la souffrance des soignants. Selon Cani (2008), répondre aux appels malades est une activité quotidienne rarement définie et reconnue dans une unité qui peut être source d'insatisfaction autant pour le patient et le soignant.

D'un point de vue soignant, répondre à un appel peut engendrer un sentiment de frustration (interruption de tâches, peur de ne pas satisfaire à la demande) et peut être ressenti comme futile et répétitif (Cani, 2008). D'autre part, les soignants ont conscience que les appels incessants sont une demande de présence au chevet des patients (Austin, Bergum, & Goldberg, 2003), à laquelle il n'est pas toujours possible de répondre. Certains auteurs qualifient les appels incessants comme rendant impossible une activité continue des professionnels auprès des autres patients (Nicolas, Dupont, Cabotte, Guisado, & Balahoczky, 2008). Selon certains auteurs (Austin et al., 2003), le fait de ne pas parvenir à répondre aux appels des patients, est source d'insatisfaction majeure.

Selon Voyer (2006), un patient privé d'une sonnette utilisée pour palier à un handicap relève de la contention physique. Le lien entre retrait de la sonnette et contention a été abordé à plusieurs reprises. Il apparaît que le retrait devrait être considéré comme une mesure de rétention plutôt qu'associée à la contention, puisqu'il ne s'agit pas d'une mesure de protection du patient. La mise à disposition d'une sonnette pourrait-elle être remplacée par d'autres outils tels qu'un interphone qui permettrait au patient de préciser sa demande au moment de l'appel.

## Conclusion

Le retrait de la sonnette ne devrait pas faire l'objet d'une directive institutionnelle, toutefois nous nous proposons d'émettre quelques recommandations.

- Chercher toutes les autres alternatives au retrait d'une sonnette qui permettra de maintenir le lien, d'assurer la sécurité des patients et des soignants.
- Anticiper les besoins des patients (gestions symptomatologique telle que la douleur) et informer les patients sur l'organisation de la journée.
- Définir les critères, les conditions qui pourraient autoriser exceptionnellement de retirer une sonnette.
- Favoriser une prise de décision concertée et énoncée clairement à l'ensemble de l'équipe.
- Transmettre des explications aux proches du patient si ce dernier ne peut les comprendre lui-même.
- Trouver un consensus pour toutes les décisions de soins avec la famille
- La dimension de la souffrance tant des patients que des proches et des soignants doit être prise en compte.

Commission d'éthique clinique  
Octobre 2015

## Bibliographie

- Austin, W., Bergum, V., & Goldberg, L. (2003). Unable to answer the call of our patients: mental health nurses' experience of moral distress. *Nursing Inquiry*, 10(3), 177-183.
- Cani, P. (2008). Évaluation de la mise en place d'un plan d'amélioration de la qualité sur les appels malades dans un service de chirurgie orthopédique. *Recherche en soins infirmiers*, 95(4), 91-101.
- Dumont, A., Giloux, N., & Terra, J.-L. (2012). Observation et évaluation d'une pratique clinique: l'isolement à l'unité médicale d'accueil du Centre Hospitalier Le Vinatier, à Bron. *L'information psychiatrique*, 88(8), 687-693.
- Nicolas, A.-M., Dupont, V., Cabotte, E., Guisado, H., & Balahoczky, M. (2008). Le partenariat soignant-aidant naturel en réponse au conflit. *INFOKara*, 23(1).
- Voyer, P. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie: une approche adaptée aux CHSLD*. Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique.