

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Science HES-SO
en soins infirmiers

HES-SO Valais Wallis Domaine Santé & Travail social

Importance du vécu personnel ainsi que
professionnel dans la prise en charge d'un patient
accueilli pour la première fois en chirurgie.

*Point de vue des
infirmières n'ayant jamais vécu une opération.*

Réalisé par : Isis Van de Maele

En collaboration avec : Karine Erné qui traite du *point de vue des infirmières ayant déjà été opérées.*

Promotion : Bachelor 06

Sous la direction de : Christine Sougner Remillieux

Sion, juillet 2009

RESUME

Pour l'obtention du Bachelor en soins infirmiers, notre recherche de niveau initial s'inscrit dans le paradigme socio-constructiviste.

À l'hôpital, nous avons investigué la prise en charge infirmière lors d'une première opération, cet aspect a été mis en lien avec le vécu personnel de l'infirmière.

Notre population a été constituée au moyen de la méthode dite « boule de neige », dans deux services de chirurgie générale d'un hôpital valaisan. Nous avons interrogé seize infirmières : huit ayant déjà subi une opération et huit autres n'ayant pas vécu cette expérience. Pour la collecte des données, nous avons choisi d'utiliser l'entretien semi-directif.

Dans nos résultats, aucune prise en charge standardisée spécifique à l'accueil n'a pu être extraite. Les éléments centraux relevés lors de ce « soin », sont la mise en application de la communication professionnelle, mais aussi la réflexion face à la situation qui est commune à toutes les infirmières et pour finir, l'établissement d'un recueil de données. Le deuxième point identifié est que la pratique soignante est modifiée suite à l'expérience vécue.

LES MOTS CLES :

- ❖ Accueil en chirurgie
- ❖ Première opération
- ❖ Recueil de donnée
- ❖ Réflexivité
- ❖ Prise en charge infirmière
- ❖ Communication professionnelle
- ❖ Charge de travail et influence du vécu personnel

REMERCIEMENTS

Nous remercions Mme Christine Sougner-Remillieux, directrice de notre mémoire et Mme Chris Schoepf, professeure responsable de l'axe de méthodologie, pour le temps qu'elles nous ont consacré et leurs précieux conseils.

Nous tenons également à exprimer notre profonde gratitude à M. Jean-Marc Salamolard pour toute l'aide apportée ainsi qu'à Mme Cindy Omerovi-Jaggy et Mlle Sabrina Erné.

Enfin, nous voulons dire un grand merci à tous nos proches et amis qui nous ont soutenues et encouragées tout au long de ce travail.

Merci à tous !

Isis Van de Maele et Karine Erné



INFORMATION DESTINEE AU LECTEUR

Karine Erné et moi-même avons effectué en binôme nos Travaux de Bachelor. De ce fait, ils sont majoritairement identiques et la lecture complète de chacun d'eux s'avère inutile. Afin que le lecteur puisse aisément s'y retrouver, nous avons trouvé judicieux de spécifier quelles étaient les parties individuelles : les titres des chapitres personnels sont mis en évidence par une couleur. Dans le Travail de Bachelor de Karine, ses titres de chapitres personnels sont en violet et dans le mien en vert. Les couleurs sont reprises dans la table des matières.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	1
2. QUESTION DE DEPART	2
2.1. QUESTION DE DEPART	5
3. MOTIVATIONS	7
3.1. MOTIVATIONS PERSONNELLES	7
3.2. MOTIVATIONS SOCIOPROFESSIONNELLES	8
4. COMPETENCES ARGUMENTEES EN REGARD DE L'OBJET D'ETUDE.....	8
5. MES OBJECTIFS PERSONNELS D'APPRENTISSAGE	10
6. PROBLEMATIQUE	11
6.1. HYPOTHESES ET OBJECTIFS	14
6.1.1. Hypothèse 1.....	14
6.1.2. Hypothèse 2.....	15
7. CADRE CONCEPTUEL	16
7.1. LE CONCEPT DE COMMUNICATION ET DE RELATION D'AIDE.....	17
7.1.1. La dimension de l'accueil	21
7.1.2. Concept de crise.....	24
7.1.2.1. Les phases de développement d'une crise	25
7.1.3. Concept d'angoisse et d'anxiété.....	26
7.1.3.1. Manifestations physiologiques de l'anxiété.....	27
7.1.3.2. Manifestations intellectuelles de l'anxiété.....	27
7.1.3.3. Manifestations émotives de l'anxiété	28
7.1.3.4. Manifestations sociales de l'anxiété	28
7.1.3.5. Manifestations spirituelles de l'anxiété	28
7.2. LE CONCEPT DE SOI	29
7.2.1. Les quatre composantes du concept de soi.....	29
7.2.1.1. L'identité.....	30
7.2.1.2. L'image corporelle	30
7.2.1.3. L'estime de soi	30
7.2.1.4. Les rôles	31
7.2.1.5. Effets du concept de soi de l'infirmière.....	32
7.2.2. Concept de résilience	33
8. METHODOLOGIE.....	35
8.1. L'OUTIL D'INVESTIGATION.....	35
8.1.1. Avantages des entretiens semi-directifs.....	36
8.1.2. Limites des entretiens semi-directifs	36
8.2. ECHANTILLON	36
8.2.1. Type et taille de l'échantillon.....	36
8.3. LES PRE-TESTS	37
8.4. DEROULEMENT DES ENTRETIENS	37
8.5. LIMITES DE LA RECHERCHE	38
8.6. PRINCIPES ETHIQUES	39

8.7.	METHODOLOGIE DE L'ANALYSE	41
9.	ANALYSE	42
9.1.	LES OUTILS UTILISES LORS DE LA PRISE EN CHARGE.....	42
9.1.1.	<i>Lien entre les concepts et les réponses des enquêtés.....</i>	<i>44</i>
9.1.2.	<i>Liens entre les données des enquêtés et l'objectif de recherche.....</i>	<i>48</i>
9.2.	LES OUTILS FORMELS ET INFORMELS	50
9.2.1.	<i>Lien entre les concepts et les réponses des enquêtés.....</i>	<i>51</i>
9.2.2.	<i>Liens entre les données des enquêtés et l'objectif de recherche.....</i>	<i>54</i>
9.2.3.	<i>Lien avec l'hypothèse.....</i>	<i>55</i>
9.3.	INFLUENCE DU VECU SUR LA PRISE EN CHARGE	56
9.3.1.	<i>Lien entre les concepts et les réponses des enquêtés.....</i>	<i>58</i>
9.3.2.	<i>Liens entre les données des enquêtés et l'objectif de recherche.....</i>	<i>61</i>
9.3.3.	<i>Lien avec l'hypothèse.....</i>	<i>61</i>
10.	SYNTHESE DES RESULTATS	62
11.	DISCUSSION	66
11.1.	VALIDITE INTERNE DE LA RECHERCHE.....	66
11.1.1.	<i>Choix du thème et du cadre conceptuel.....</i>	<i>66</i>
11.1.2.	<i>Outils méthodologiques.....</i>	<i>66</i>
11.1.3.	<i>Echantillon choisi.....</i>	<i>67</i>
11.1.4.	<i>Analyse</i>	<i>67</i>
11.1.5.	<i>Résultats et atteinte des objectifs.....</i>	<i>67</i>
11.2.	VALIDITE EXTERNE DE LA RECHERCHE.....	68
11.3.	REFLEXIONS ET INTERROGATIONS	68
12.	CONCLUSION.....	71
12.1.	OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	71
12.2.	FACILITES ET DIFFICULTES DE LA REALISATION	72
12.3.	APPORTS PERSONNELS DE LA RECHERCHE	73
12.4.	APPORTS PROFESSIONNELS DE LA RECHERCHE	74
12.5.	PISTES REFLEXIVES POUR DE FUTURES RECHERCHES	75
13.	BIBLIOGRAPHIE	76
13.1.	CYBEROGRAPHIE.....	79
14.	ANNEXES.....	81

TABLE DES ANNEXES

REFERENTIEL DE COMPETENCES.....	I
LES SOINS SELON LA BROCHURE DE L'ASI : NORME I.....	II
LETTRE POUR LES ENQUETEES.....	III
BROCHURE DE L'ACCUEIL.....	IV
MA GRILLE D'ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS.....	V
GRILLE D'ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS DE KARINE ERNE.....	VI
LETTRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE.....	VII

1. INTRODUCTION

Dans le cadre de nos études en vue de l'obtention, en 2009, de notre diplôme d'infirmière, Karine Ern ¹ et moi-même avons eu la chance de travailler en commun pour cette recherche de niveau initial. Pouvoir confronter nos idées, issues, de deux expériences de vie différentes, et avoir la possibilité d'explorer un sujet plus largement nous ont décidées à travailler ensemble sur le même projet. N'oublions pas qu'une des comp tences² de l'infirmi re³ est le travail d'équipe. Cette expérience nous sera profitable dans notre future activité, car elle nous aura permis de travailler avec différents professionnels du terrain.

En Valais, en 2007⁴, 21'251 personnes ont été opérées. La durée moyenne de séjour était de 17,53 jours. En Suisse le nombre de cas opérés pour la même année se chiffre à 666'638 personnes pour une durée moyenne de séjour de 17,28 jours.

L'expérience commune et nos différentes lectures nous autorisent à dire qu'une hospitalisation⁵ engendre un stress, une anxiété, un questionnement de la part des la personne hospitalis e⁶. La qualité de la prise en charge infirmière dépendra des ressentis du patient.

Dans notre entourage, nous avons entendu quatre témoignages de personnes ayant vécu une première hospitalisation lors de laquelle ils ont eu l'impression que leurs besoins n'avaient pas été satisfaites. En tant que futures infirmières, nous nous sommes demandé si le fait de différencier la prise en charge lors de l'accueil⁷ des patients⁸ pour une première opération pouvait influencer la suite de l'hospitalisation sur les plans physiologique et psychologique. C'est pourquoi nous souhaitons explorer quelle est la prise en charge infirmière lors de l'accueil. Celle-ci peut-elle influencer l'hospitalisation du patient ?

En effet, durant nos stages comme, durant la phase exploratoire, nous n'avons pas pu apprécier de différenciation dans la prise en charge infirmière lors de l'accueil d'un patient

¹ Par la suite, je nommerai ma collègue par son prénom.

² Document évaluation des compétences-niveau 3^{ me} année Bachelor, la compétence n 7 se réfère au travail d'équipe. Annexe n  I.

³ Dans ce document toute désignation de personne, de statut, de fonction ou de profession utilisée s'applique indifféremment aux femmes et aux hommes.

⁴ Source : Statistique médicale des hôpitaux OFS / extraction produite par l'Observatoire Valaisan de la Santé.

⁵ Dans notre étude, nous utiliserons le terme d'hospitalisation pour désigner un séjour à l'hôpital lorsqu'une personne vient se faire opérer.

⁶ EDINA GASANI. *L'anxiété et les futurs opérés*. Sous la direction d'Emmanuel Solioz. 2007. MFE. Brunner et Suddarth soins infirmiers en médecine et chirurgie, volume 1, p.578.

⁷ Selon MCCLOSKEY J.C et BULECHEK G.M. *Classification des interventions infirmiers*. Editions Maloine Décarie. 1996, l'accueil représente les : « soins apportés à un malade à son arrivée dans un établissement de santé ». Cependant, afin de préciser notre direction de recherche, nous allons devoir limiter notre champ d'étude. Nous avons donc choisi de cibler notre recherche sur la communication dans la phase préopératoire.

⁸ Nous utiliserons le terme de patient ou de bénéficiaire de soins. Ce choix a été pris suite aux entretiens semi-directifs, car toutes les enquêtées parlaient de patient et non de client.

venant pour la première fois. Malgré le fait que l'équipe sait qu'il s'agit de la première hospitalisation du patient⁹, elle dit, ne pas modifier ses pratiques de soins.

Afin d'éviter les biais dans notre recherche, nous avons trouvé important d'explorer nos représentations ainsi que nos conceptions concernant la première hospitalisation. Ces informations interviendront dans le chapitre sur les motivations personnelles.

Dans le but de soutenir les arguments cités ci-dessus, nous avons estimé essentiel de mentionner nos parcours professionnels. Le fait d'avoir effectué l'apprentissage d'Assistante en Soins et en Santé Communautaire¹⁰ avant d'entrer à la HES-SO en soins infirmiers, nous a dotées d'une année de pratique avant de commencer cette dernière formation. La diversité de notre bagage professionnel, de par nos différents lieux de stage, nous permet de confronter nos expériences. Nous avons, il est vrai, connu des stages dans des services semblables : notamment en médecine et en gériatrie. Cependant j'ai effectué des stages en gynécologie-chirurgie et en psychiatrie, aux admissions ainsi qu'aux soins continus et pour terminer dans un centre médico-social ; tandis que Karine a suivi des stages en chirurgie générale ainsi qu'en chirurgie ambulatoire, en soins palliatifs et pour finir en pédopsychiatrie.

Notre vécu personnel face à l'expérience professionnelle de l'hôpital enrichit notre savoir et la vision de notre thème. Je n'ai jamais été hospitalisée alors que Karine l'a été. Cet aspect sera traité individuellement dans le chapitre des motivations.

Nous poursuivrons notre travail en développant la question de départ, puis nous aborderons la problématique avec la question centrale de recherche et définirons le cadre conceptuel adopté. Les principes éthiques seront approfondis au chapitre de la méthodologie. Viendront ensuite l'analyse et la synthèse de nos résultats ; la mise en commun des données obtenues suivent, enfin, dans la discussion et la conclusion.

2. QUESTION DE DEPART

Durant nos stages nous n'avons pas observé de distinction lors de l'accueil entre un patient venant pour la première fois et un autre patient ayant déjà vécu l'expérience hospitalière. C'est pourquoi nous avons procédé à plusieurs recherches en bibliothèque ainsi que sur Internet afin de trouver des ouvrages ou des articles susceptibles de nous être utiles dans notre travail. Etant donné le peu d'éléments trouvés, nous nous sommes demandé si le fait de ne pas différencier la première hospitalisation posait réellement un problème. L'infirmière intègre-t-elle dans son plan de soins le fait que ce soit une première hospitalisation ? Existe-t-il des diagnostics infirmiers relevant cette problématique ? Si oui, quels sont les objectifs et les actions retenus par l'infirmière ?

⁹ Cette remarque est issue de notre expérience personnelle ainsi que de nos observations et nous n'en ferons pas une généralisation.

¹⁰ Abréviation : ASSC.

Après quelques échanges informels¹¹ avec des personnes hospitalisées à plusieurs reprises, nous avons pris conscience que celles-ci ne différenciaient pas une première hospitalisation et une suivante. Cependant, une fois à l'hôpital, les patients se retrouvent dans un milieu inconnu et ont des attentes auxquelles ils ne songeaient pas avant. Nous pensons qu'une personne se considérant en bonne santé ne réfléchit pas à ce dont elle aurait besoin si il lui arrivait d'être hospitalisée.

De cette conclusion, nous déduisons que lorsque l'infirmière prend en charge un patient, elle doit faire preuve d'anticipation quant aux besoins de celui-ci. En effet, toute personne se retrouvant dans un milieu inconnu peut ressentir de la peur, que chaque individu manifestera différemment. Le patient peut vivre à cet instant un moment de crise, car comme l'a cité le psychanalyste René Kaës dans son livre « Crise, rupture et dépacement »¹² : « L'idée la plus généralement répandue lors de crise est celle d'un changement brusque et décisif dans le cours d'un processus, d'une maladie par exemple : la violence de la manifestation accrédite la crainte qu'il ne s'agisse d'une évolution grave, définitive, désintégrant. À l'idée de crise est associée celle d'une menace mortifère. » De ce fait l'infirmière pourra adapter sa prise en charge et avoir une influence très importante sur le bon déroulement de l'hospitalisation.

Le rôle de l'infirmière, lors de l'accueil d'un patient, est d'établir un recueil de données suffisamment complet pour qu'elle puisse répondre aux besoins du bénéficiaire de soins : cette anamnèse est une des étapes faisant partie du concept d'accueil¹³.

Les entretiens téléphoniques¹⁴ réalisés auprès des services de chirurgie durant la phase exploratoire montrent qu'il n'y a pas de différenciation lors d'une prise en charge infirmière pour la première opération. Cependant, lors de nos investigations sur le terrain, nous interrogerons les infirmières pour savoir si elles sont au courant que le patient vit sa première opération.

Nous pensons que pour atteindre une qualité¹⁵ adéquate lors de l'accueil, l'infirmière pourrait par exemple se baser sur les critères de McCloskey et Bulechek¹⁶ concernant l'accueil.

¹¹ Informel : « qui refuse de représenter des formes reconnaissables et classables ».

¹² KAËS RENE, MISSEWARD A., KASPI R., ANZIEU D., GUILLAUMIN J., BLEGER J., JACQUES E. *Crise, rupture et dépassement*. Paris Edition Dunod. 2004. Nombre de pages 324. Page n° 14.

¹³ FORMARIER MONIQUE. « Approche du concept d'accueil, entre banalités et complexité ». *Recherche en soins infirmiers n°75*. Décembre 2003. p.19.

¹⁴ Entretiens téléphoniques effectués dans deux services de chirurgie générale du Valais romand avec des infirmières, le 5 août 2008.

¹⁵ Nous nous référons aux critères de l'ASI cités ci-dessous.

¹⁶ MCCLOSKEY J.C et BULECHEK G.M. *Classification des interventions infirmiers*. Editions Maloine Décarie. 1996 numéros de pages 76-77. Voici la définition de l'accueil selon les auteurs : « soins apportés à un malade à son arrivée dans un établissement de santé ».

Interventions liées à l'accueil : se présenter au patient, assurer l'intimité nécessaire au patient et à ses proches, faire connaître les lieux immédiats aux patients et aux personnes qui les accompagnent, décrire les installations et les services offerts au patient et à ses proches, remplir le formulaire d'inscription, procéder à l'évaluation physique s'il y a lieu, remplir les formulaires administratifs s'il y a lieu, procéder à l'évaluation psychosociale s'il y a lieu, déterminer l'appartenance religieuse s'il y a lieu, remettre au patient les formulaires de droits et de responsabilités, consigner l'information pertinente, assurer la confidentialité du dossier, vérifier s'il peut être nécessaire que le patient fasse un autre séjour dans un établissement, commencer à planifier le retour à la maison, mettre en place les mesures de sécurité, s'il y a lieu, marquer au nom du patient le dossier, la porte de la chambre et la tête du lit, s'il y a lieu, prévenir le médecin de l'arrivée du patient et de sa condition, obtenir les instructions du médecin quant aux soins à apporter au patient.

Néanmoins ces critères sont une sorte de check-list et il est important que l'infirmière n'utilise pas uniquement cet outil. Selon nous, la communication est un point central lors de l'accueil.

Nous jugeons utile de rappeler les différents critères de qualité des soins infirmiers selon l'ASI¹⁷, car nous nous baserons sur ces derniers durant notre recherche. Ceux-ci font partie de l'éthique professionnelle.

- Donner des soins professionnels (autonomie, bienfaisance), assister l'individu malade ou en santé, dans l'atteinte de ses objectifs en matière de santé.
- Donner des soins sécuritaires (bienfaisance et non-malfaisance) : aider autrui à obtenir ce qui lui est bénéfique et le protéger contre ce qui pourrait lui nuire, menacer sa sécurité ou mettre sa vie en danger.
- Donner des soins équitables (justice) : respecter les droits fondamentaux de tout individu et appliquer les ressources à disposition pour que chacun soit traité selon ses besoins en soins.

Le bénéfice attendu de ces critères représentera pour le patient la qualité des soins reçus. La qualité des soins se mesure, entre autres, en termes de résultats pour le patient :

- prévention, guérison, stabilité de la maladie
- autonomie
- sentiment de dignité
- qualité de vie et confort
- satisfaction relative à l'accompagnement et aux soins professionnels.

Dès lors, il nous a semblé important de citer la charte en vigueur au sein de l'établissement dans lequel nous effectuerons nos entretiens. En effet, celle-ci guide les soins ainsi que la philosophie de ces derniers. En voici la définition :¹⁸

« Les soins professionnels contribuent au maintien, au développement de la santé ainsi qu'à la prévention des risques. Ils soutiennent les personnes et leur entourage durant leur traitement et les aident à faire face aux conséquences de la maladie et des thérapies y relatives. Le but est d'atteindre les meilleurs résultats possibles dans les soins et les traitements prodigués, de manière à maintenir une qualité de vie tout au long de l'existence, jusqu'à la mort. – Inspiré de : Institut de soins de l'université de Bâle 2004. »

De plus, nous allons nous fier aux différents critères de qualité des soins infirmiers selon l'ASI, dans le but d'être cohérentes face à notre profession et afin d'en respecter au mieux les

¹⁷ ASI : Association Suisse des Infirmiers.

¹⁸ Document de présentation de l'hôpital du Valais, cours au sein de la HES-SO de Sion dispensé le 25.05.09 par M. Pillet et Mme Vasquez. Diapositive n°18.

différents aspects éthiques¹⁹, mais aussi en vue de suivre un des principes directeurs des soins de l'hôpital où nous mènerons nos investigations²⁰.

Il va de soi qu'un patient peut ne pas revenir à l'hôpital durant des années et nous pensons qu'il y aura certainement la même appréhension que pour sa première hospitalisation.

Par déduction, nous pensons que cet élément pourra peut-être nous amener des biais lors de notre recherche. Dans notre travail, nous faisons référence à une première hospitalisation et le fait qu'un patient vienne des années plus tard peut s'apparenter à une première expérience hospitalière.

Après réflexion et suite à l'élaboration de la partie exploratoire, nous avons choisi de ne pas aborder les représentations des patients. Cependant nous souhaitons développer la démarche de soins que l'infirmière met en place, lors de la prise en charge d'un patient hospitalisé pour la première fois, en relation avec son vécu personnel. Nous mettrons ceci en corrélation avec la manière de travailler dans le service où elle se trouve.

Pour ce faire notre échantillon se répartira en deux catégories d'infirmières. La première sera formée d'infirmières n'ayant jamais été opérées et la seconde sera formée d'infirmières ayant subi une opération. Notre souhait est de travailler sur le vécu des infirmières en relation avec leurs expériences personnelles car, dans notre travail, nous aimerions explorer l'influence que pourrait exercer le vécu personnel sur la prise en charge infirmière d'un patient opéré pour la première fois.

2.1. QUESTION DE DEPART

Lorsqu'un patient vit sa première hospitalisation, l'infirmière différencie-t-elle sa prise en charge ? Intègre-t-elle dans son plan de soins le fait que ce soit une première hospitalisation ?

Nous nous proposons d'interroger des infirmières dans un service de chirurgie²¹ générale qui prennent en charge un bénéficiaire de soins lors d'une première hospitalisation. Nous voulons comprendre comment elles adaptent leur prise en charge. Dans ce cadre, nous nous

¹⁹ Définitions des principes éthiques trouvées sur le site :

<http://www.cmontmorency.qc.ca/~mbelcourt/ethiqueetsoinsinfirmiers.ppt#297,17>. Consulté le 17.11.08

- l'autonomie : les soignants doivent veiller au respect de l'autonomie de la personne

- la non-malfaisance : consiste à éviter de faire du tort.

- la bienfaisance : promouvoir les actes qui sont bénéfiques aux patients ; faire passer l'intérêt avant son propre intérêt.

- la justice : s'assurer que les ressources en soins infirmiers soient réparties de façon équitable entre tous les patients.

²⁰ Pour le Réseau de l'hôpital du Valais, les soins se réfèrent :

- aux connaissances élaborées par la science et la recherche,

- aux principes déontologiques et éthiques

- au processus de prise en charge

- aux expériences réflexives

Document de présentation du RSV (Réseau Santé Valais), cours au sein de la HES-SO de Sion dispensé le 25.05.09 par M. Pillet et Mme Vasquez. Diapositive n°19.

²¹ Chirurgie : « Partie de la thérapeutique qui consiste à pratiquer certaines manœuvres externes ou opération sanglante ».

interrogeons sur la structure et sur le mode de pensée pour récolter et mettre en lien les données de l'anamnèse. Donc :

1. L'évaluation initiale et les évaluations subséquentes (collecte systématique de données sur le patient et sa situation)²² ; c'est-à-dire l'adaptation du PSI²³ pour qu'il soit en cohérence et adéquation avec le système de qualité en vigueur dans le service²⁴ considéré.
2. La formulation d'un diagnostic infirmier (analyse et interprétation des données)²⁵, toujours en lien avec une première hospitalisation.
3. La formulation des résultats escomptés et le choix de solutions (planification)²⁶ : nous pensons aux objectifs et aux actions qui peuvent aider le patient.
4. La mise en application du plan (interventions infirmières)²⁷.
5. L'appréciation de l'efficacité du plan et la modification du plan en fonction des nouveaux besoins (évaluation)²⁸.

Lorsque la professionnelle suit cette démarche, il faut garder à l'esprit qu'elle se trouve dans un service de chirurgie et que le temps d'hospitalisation dans ce type de service est restreint.

Cependant, précisons d'ores et déjà certaines limites quant à la portée de notre travail. En interrogeant uniquement des infirmières, nous n'aurons qu'un seul point de vue. De plus, nous n'explorerons que l'accueil du patient vivant sa première opération.

Ces limites s'expliquent par le fait que ce travail est de niveau initial et que nous n'avons ni le temps, ni le matériel pour pousser plus en avant nos investigations. Il eut été certes intéressant de mettre en corrélation les résultats des questionnaires des infirmières avec ceux des patients. Ceci nous aurait permis d'avoir l'avis et la perception des infirmières ainsi que ceux des patients quant à la prise en charge infirmière lors d'une première opération. Ces éléments auraient pu compléter et enrichir les résultats de notre recherche.

Les conclusions de notre recherche sont le reflet d'une pratique dans un service donné à un moment donné. Bien entendu, nous nous garderons de généraliser les enseignements tirés de nos différents entretiens, ceci dans le but d'éviter les biais.

²² DOENGES et MOORHOUSE. *Diagnostics infirmiers, interventions et bases rationnelles*. 7^{ème} édition, De Boeck Université. 2001. p.7.

²³ PSI : Processus de Soins Infirmiers.

²⁴ Comme cité précédemment, pour nous, le système qualité est composé de la charte des soins de l'établissement ainsi que des principes directeurs de l'hôpital où nos entretiens seront effectués. Document de présentation de l'hôpital du Valais, cours au sein de la HES-SO de Sion dispensé le 25.05.09 par M. Pillet et Mme Vasquez. Diapositive n°18 et 19.

²⁵ DOENGES et MOORHOUSE. *Diagnostics infirmiers, interventions et bases rationnelles*. 7^{ème} édition, De Boeck Université. 2001. p.7.

²⁶ Ibid, p.7

²⁷ Ibid, p.7

²⁸ Ibid, p.8

Dans le chapitre suivant, nous exposons, nos motivations ainsi que nos arguments en regard du thème choisi.

3. MOTIVATIONS

Je présenterai d'abord mes motivations personnelles, puis mes motivations socioprofessionnelles.

Par ailleurs, tout au long de ce travail, nous nous baserons sur les critères de la qualité des soins infirmiers selon l'ASI²⁹, ainsi que sur différents concepts, détaillés plus loin dans le chapitre relatif au cadre conceptuel. Pour nous, ces critères représentent la qualité optimale des soins.

3.1. MOTIVATIONS PERSONNELLES

Etant moi-même anxieuse à la pensée d'une éventuelle hospitalisation, je puis, sans peine, me référer à mes attentes de patiente potentielle, vraisemblablement exigeante. Car lorsque j'explore mes représentations, je dois admettre qu'elles sont plutôt négatives. J'ai une grande crainte de souffrir, d'être dépendante des soignants, de ne pas être écoutée comme un individu à part entière, d'être prise pour un numéro. Ces réflexions personnelles m'amènent à me poser certaines questions quant à la prise en charge infirmière lors d'une première hospitalisation. En tant que future professionnelle de la santé, il me semble important que la prise en charge soit différenciée en pareil cas.

Lorsque je pense à une différenciation, j'imagine une différence possible dans la communication, des moments d'écoute plus longs, un accompagnement dans le processus de gestion de la santé. Je pense aussi au fait que l'individu se trouve face à un monde nouveau auquel il doit s'adapter. Par exemple du fait qu'il partagera certainement sa chambre, il aura moins d'intimité ; plus tard dans l'hospitalisation, il aura peut-être besoin d'aide pour sa toilette. Tous ces paramètres peuvent mettre le patient en situation de stress.

Bien entendu, le fait de n'avoir jamais été opérée accentue peut-être mon souhait quant à une différenciation dans la prise en charge. J'apprécierais de me sentir vraiment écoutée et pleinement considérée, de pouvoir me sentir actrice dans l'hospitalisation. Bien souvent on entend des craintes émises par rapport à une opération ou à une hospitalisation. Comment cela se fait-il ? Ne pouvons-nous pas agir sur ces appréhensions ? Dans mon travail, je souhaiterais connaître les différents avis des professionnelles du milieu hospitalier ; de plus, je désirerais que ces infirmières me fassent part des besoins que les patients ont exprimés lors de l'accueil.

Ce qui me plaît dans le sujet choisi, c'est qu'il a peu été traité à ce niveau ; alors, soit nous pouvons nous dire qu'il n'y a pas de problématique lors de l'accueil ou, au contraire, qu'il y

²⁹ Annexe n°II « Normes I : les soins selon la brochure de l'ASI ».

en a une qu'il faudra identifier. En outre, je trouve intéressant de faire appel à mes connaissances concernant les dossiers formels, comme par exemple le dossier Phoenix³⁰.

3.2. MOTIVATIONS SOCIOPROFESSIONNELLES

Pour ce qui est de mes motivations socioprofessionnelles, j'émet l'hypothèse qu'une personne qui a bénéficié d'une prise en charge optimale lors de l'accueil dans un service se sentira plus sereine lors d'un retour à domicile. De ce fait, elle n'aura peut-être pas le besoin de consulter son médecin traitant par la suite. Le patient devenant acteur de son hospitalisation, je pense probable qu'il y ait une répercussion positive au niveau des coûts de la santé. Me fondant sur les cours théoriques reçus ainsi que sur mes expériences pratiques, je peux affirmer que si le patient se sent compris et écouté durant son processus de guérison, il se sent plus serein et confiant en l'avenir : il devient véritablement acteur de son hospitalisation. C'est pourquoi je trouve important que ces aspects soient englobés dans mon travail et je désire comprendre en quoi le système de santé pourrait améliorer cet aspect socioprofessionnel.

4. COMPETENCES ARGUMENTEES EN REGARD DE L'OBJET D'ETUDE

En menant à bien ce travail, nous aimerions développer des compétences théoriques et pratiques. Lorsque nous parlons de compétences pratiques, nous entendons par là le fait de prendre conscience de ce qui est mis en place sur le terrain par l'infirmière pour l'accueil du patient hospitalisé pour la première fois.

En relation avec le référentiel de compétences³¹ de la troisième année de Bachelor du niveau maîtrise professionnelle experte, nous avons ciblé les compétences qui étaient précisément en lien avec notre Travail de Bachelor. En effet, comme un fil rouge tout au long de l'étude, le fait d'établir une relation entre les compétences et notre recherche nous permet de déterminer des objectifs précis. Pour chaque compétence retenue, on trouvera notre argumentation en lien avec notre thème ainsi qu'en italiques les sous-compétences choisies en relation avec notre sujet.

³⁰ Phoenix : dossier électronique du patient utilisé au sein du Réseau Santé Valais.

³¹ Annexe n°I.

Compétence 1

Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle inscrite dans une démarche de soins.

*Créer une prise en charge qui garantisse le respect des dimensions légales, déontologiques et éthiques. Avoir recourt au jugement professionnel pour analyser la situation et argumenter ses décisions professionnelles.*³²

Nous pensons qu'il est primordial à la fois de connaître l'histoire de vie du patient et de tenir compte de notre vécu personnel, afin que la prise en charge corresponde aux critères qualité de l'ASI, sans perdre de vue ceux qui sont en vigueur dans l'établissement.

Dans le but de garantir le respect des dimensions légales, les infirmières consultées ont reçu une lettre³³ d'information leur expliquant l'objet de notre recherche ainsi que leurs droits. De plus, nous nous sommes assurées que le patient ait reçu la brochure lui expliquant ses droits (distribuée à l'entrée de chaque établissement) et que l'infirmière connaisse son patient ainsi que ses croyances, ses rites et qu'elle en tienne compte.

Compétence 2

Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires.

Cette compétence nous semble être la plus importante en ce qui concerne notre thème.

Dans cette compétence deux sous-compétences nous paraissent importantes : *conduit une relation professionnelle appropriée à chaque situation de soins. Organise son travail en tenant compte du contexte.*

À travers nos entretiens, nous pourrions identifier si les infirmières prennent en considération le contexte de la personne (en relation avec la compétence 1), si elles adaptent leur PSI à chaque patient et si elles tiennent compte de ce que signifie une première hospitalisation pour leur patient.

Notre travail traitera de la dimension relationnelle entre le patient et l'infirmière. Nous identifierons quel est le rôle infirmier en lien avec l'accueil et comment le personnel infirmier s'auto-évalue en regard du protocole utilisé dans le service. De plus, nous distinguerons comment les infirmières mettent en parallèle leurs expériences personnelles face à une hospitalisation antérieure ou non.

Compétence 5

Contribuer à la recherche en soins et en santé.

Initiation à la démarche des recherches en lien avec une problématique du terrain. Utilise et partage des résultats de recherche dans sa pratique. Participe à des projets de recherche en

³² Sous compétences provenant du document Bachelor HES-SO en soins infirmiers, évaluation des compétences – niveau 3^{ème} année Bachelor.

³³ Annexe n° III.

respectant les principes éthiques. Participe au développement de la pratique infirmière relevant de savoirs fondés scientifiquement.

Cette compétence nous permettra de travailler la méthodologie concernant la recherche dans le but d'établir notre Travail de Bachelor. Nous allons donc développer de nouvelles aptitudes relatives à un travail de recherche qui pourra nous aider dans notre pratique future. Durant notre travail nous allons respecter les principes éthiques lors de nos entretiens semi-directifs. De plus, notre façon d'appréhender cette recherche visera l'objectif d'être cohérentes par rapport aux principes éthiques. Nous souhaitons par le biais de notre Travail de Bachelor participer au développement de la pratique infirmière.

Compétence 9

Exercer sa profession de manière responsable et autonome.

S'engager à contribuer au développement et à la visibilité de la profession infirmière. Contribuer à la défense des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité et au maintien et au développement de la santé en général. Intégrer son auto-évaluation de l'équipe soignante dans une approche critique de son propre positionnement professionnel ainsi que face au développement de la profession.

Durant ces années d'étude, nous avons pu développer nos savoir, savoir-faire et savoir-être. Ce travail va nous permettre de nous positionner en tant que futures professionnelles de la santé. Nous souhaitons contribuer à la qualité et au maintien du développement de la santé en général. En outre, nous veillerons à rester aussi cohérentes que possible durant ce Travail de Bachelor : nous nous auto-évaluerons donc régulièrement afin de ne pas faire fausse route dans l'élaboration de celui-ci.

5. MES OBJECTIFS PERSONNELS D'APPRENTISSAGE

Mes différents objectifs personnels d'apprentissage sont reliés à mes différentes motivations. Tout d'abord, je souhaite :

- Collecter plusieurs témoignages d'infirmières concernant la prise en charge qu'elles mettent en place lors de l'accueil d'un patient qui est admis en préopératoire pour la première fois, dans un service de chirurgie.
- Etudier à travers le type d'échantillon choisi, l'influence que peut avoir dans la prise en charge d'un patient le vécu intra-hospitalier personnel d'une infirmière.
- Analyser les données obtenues lors des entretiens semi-directifs et confronter les réponses avec la problématique.
- Tenter d'expliquer les différents résultats de ma recherche et analyser de manière critique la méthodologie appliquée.

Mes objectifs personnels d'apprentissage vont guider ma recherche et déterminer les différentes questions des entretiens semi-directifs.

6. PROBLEMATIQUE

Comme indiqué dans notre introduction, le nombre d'hospitalisations en Suisse en 2007 se monte à un total de 1'510'991³⁴. La même année en Suisse, la population résidente permanente³⁵ était de 7'593'494 personnes.

Ces chiffres suffisent à démontrer l'importance d'une prise en charge infirmière adéquate³⁶ lors d'une hospitalisation.

D'autre part, nous observons que la durée d'hospitalisation est de plus en plus courte. L'infirmière doit ainsi s'adapter au temps qui lui est imparti pour répondre aux besoins de ses patients. De leur côté, les patients sont amenés à rentrer rapidement à leur domicile ou à être placés dans d'autres instituts ou établissements (SUVA³⁷, CVP³⁸, CMS³⁹,...). L'infirmière a-t-elle le temps nécessaire pour adapter sa prise en charge lorsqu'un patient est hospitalisé pour la première fois ?

Certains travaux effectués sur l'accueil du patient et l'anxiété de celui-ci⁴⁰, démontrent que l'UEP, qui est l'union d'évaluation pré-opératoire, va diminuer l'anxiété du patient. Nous avons pu, nous aussi, relever qu'un enseignement pré-opératoire peut réduire l'anxiété du patient. Nous tenons à préciser que ces travaux ne sont pas centrés spécifiquement sur les patients vivant leur première hospitalisation ou encore sur les actions infirmières lors de l'accueil.

Au cours de nos lectures, nous avons été frappées par certains passages de l'ouvrage⁴¹ de Nadine Besuchet / Hugonet, licenciée en sciences pédagogiques, qui traite de l'inconnu en général. Pour nous, l'inconnu détient une grande place lors d'une première opération. La

³⁴ Source : statistique médicale des hôpitaux OFS / extraction produite par l'Observatoire Valaisan de la Santé.

³⁵ Source : site de la confédération Suisse : <http://www.bfs.admin.ch>, consulté le 11 mai 2009.

³⁶ La prise en charge adéquate se réfère pour nous à la définition du rôle infirmier selon Virginia Henderson en 1969: «Le rôle de l'infirmière consiste à aider l'individu, malade ou en santé, au maintien ou au recouvrement de la santé (ou à l'assister dans ses derniers moments) par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté ou possédait les connaissances voulues, et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible. Cet aspect de son travail, cette partie de sa fonction, l'infirmière en a l'initiative et le contrôle : elle en est le maître. De plus, elle aide le malade à suivre les prescriptions thérapeutiques du médecin. Membre de l'équipe sanitaire, elle aide aussi les autres membres comme ils l'aident eux-mêmes, dans l'élaboration et l'exécution du programme dans sa totalité, qu'il s'agisse d'amélioration de la santé, de rétablissement d'un malade ou de secours à un mourant» BOITTIN, LAGOUTTE, LANTZ. « Virginia Henderson 1887-1996 Biographie et analyse de son œuvre ». *Recherche en soins infirmiers* n°68. Mars 2002. Pages 5 à 17.

³⁷ SUVA : La Suva est une entreprise de droit public, indépendante et non subventionnée. Elle est la plus grande assurance-accidents obligatoire de Suisse. Les prestations de la Suva comprennent la prévention (SuvaPro, SuvaLiv), l'assurance (SuvaRisk) et la réadaptation (SuvaCare). Provient du site : www.suva.ch, consulté le 10.12.08.

³⁸ CVP : Centre Valaisan de Pneumologie.

³⁹ CMS : Centre Médico-Social.

⁴⁰ DERMAS, ARNOL, CLOUTIER. *L'influence d'un enseignement préopératoire sur l'anxiété d'un patient adulte opéré*. GASANI EDINA. *L'anxiété et les futurs opérés*. MFE 2007.

⁴¹ BESUCHET/HUGONET NADINE. *Aux frontières de l'inconscient, la peur de l'Inconnu c'est la peur de la Vie*. Lausanne Editeur Nadine Besuchet/Hugonet. 1982. Nombre de pages 141.

phrase suivante représente selon nous des critères importants auxquels l'infirmière doit être attentive ; ceci dans le but d'atteindre une prise en charge globale lors de l'accueil.

« Chacun de nous envisage l'inconnu de façon différente, selon son âge, son goût du risque, sa curiosité, son intérêt pour tout ce qu'il vit, son imagination positive, mais aussi selon ses craintes, ses points faibles, son refus d'évoluer ou des pensées négatives.⁴² »

Cet extrait souligne l'individualité de chaque personne. Nous pouvons en déduire que chaque patient réagira différemment face à sa première hospitalisation.

Nous avons relevé ce passage, car nous souhaitons travailler sur une prise en charge globale lors de l'accueil.

Besuchet / Hugonet ajoute encore que :

« L'inconnu ne devient menaçant que lorsque votre imagination négative vous suggère la séparation, la solitude, la maladie, l'invalidité.⁴³ »

Nous pensons que c'est par rapport à ces différentes craintes, à savoir l'inconnu, la séparation, la solitude, la maladie et l'invalidité, que l'infirmière peut apporter son aide. Ces phrases parlent de l'inconnu, voilà bien le sentiment que peut avoir un patient face à sa première opération. Nadine Besuchet mentionne l'influence que peut avoir l'âge, les expériences de vie ainsi que le fait d'envisager positivement l'inconnu, tous éléments constitutifs du vécu du patient. Un recueil de données permettra donc à l'infirmière d'utiliser les différents éléments cités ci-dessus. Elle pourra ensuite se référer à la théorie de soins de son établissement afin d'adapter son projet de soins.

De fait, utiliser une Démarche de Soins Infirmiers⁴⁴ formelle⁴⁵, lors d'une première hospitalisation, qui soit commune à l'équipe soignante permet la continuité d'une bonne prise en charge du patient. Cette cohérence sera un indicateur de qualité, car toute l'équipe suivra la

⁴² BESUCHET/HUGONET NADINE. *Aux frontières de l'inconscient, la peur de l'Inconnu c'est la peur de la Vie*. Lausanne Editeur Nadine Besuchet/Hugonet. 1982. Nombre de pages 141. Page : 11.

⁴³ Ibid, p.21.

⁴⁴ Projet de soins infirmiers (PSI) ou Démarche de Soins infirmiers (DSI) Virginia Henderson :

« Individualiser les soins, évaluer les problèmes tant psychosociaux que physiques de l'homme et l'aider à les résoudre, mettre en valeur la science des soins par opposition à l'art de soigner, faire valoir le droit des infirmiers à une fonction unique, professionnelle et indépendante ».

Selon Doenges et Moorhouse, elle constitue la clé de voûte des interventions infirmières, car il s'agit d'une méthode efficace d'organisation de la pensée pour la prise de décision clinique et la résolution de problème. La démarche de soins infirmiers exige l'acquisition de certaines habiletés :

1. Evaluation initiale et évaluations subséquentes (collecte systématique de données sur le patient et sa situation) ;
2. Formulation d'un diagnostic infirmier (analyse et interprétation des données) ;
3. Formulation des résultats escomptés et choix de solutions (planification) ;
4. Mise en application du plan (interventions infirmiers) ;
5. Appréciation de l'efficacité du plan et modification du plan en fonction des nouveaux besoins (évaluation).

Bien que chaque étape soit définie séparément, elles sont toutes reliées dans la pratique et forment une boucle ininterrompue de réflexion et d'action.

⁴⁵ Formel : « dont la précision et la netteté excluent toute méprise, tout équivoque ».

même direction. Cependant, si le PSI est informel par quels moyens les infirmières se transmettent-elles les informations nécessaires pour une prise en charge globale du patient ?

L'ouvrage de Nadine Besuchet / Hugonet nous a permis de faire ressortir la place de l'inconnu comme point central susceptible d'engendrer une peur et de modifier la perception de la situation vécue. Cet élément est ici capital, car le patient se trouve face à l'inconnu d'une première opération.

Nous avons noté des travaux de mémoires traitant de l'anxiété du patient, mais non sur les actions que l'infirmière peut mettre en place pour répondre aux besoins de celui-ci lors de son accueil.

A l'occasion de nos entretiens téléphoniques exploratoires, une infirmière se demandait si, dans la pratique, elle aurait le temps de différencier la prise en charge du patient hospitalisé pour la première fois. Une autre nous a dit que, dans leur service, l'équipe était au courant lorsque le patient venait pour une première opération et que personnellement elle faisait une différence, elle était plus présente auprès du patient afin de diminuer une éventuelle anxiété. Cependant, elle n'était pas certaine que toutes ses collègues avaient la même attitude.

Ces entretiens téléphoniques font ressortir deux problèmes :

1. Dans les services testés, l'infirmière appréhende de différencier la prise en charge par crainte de manquer de temps.
2. L'infirmière ignore s'il existe une démarche formelle à suivre lors de l'accueil pour une première hospitalisation, car elle s'est positionnée de manière individuelle et pas au nom de toute l'équipe.

Afin de compléter notre argumentation en faveur de la prise en charge infirmière au travers de la DSI, nous pensons qu'il est important d'aborder le thème de la communication. Aujourd'hui on le sait, une attitude d'écoute, de validation envers les ressentis et les douleurs d'un patient peut influencer la durée d'hospitalisation⁴⁶. C'est donc à l'infirmière de développer sa créativité, sa réceptivité émotionnelle en vue d'établir une relation de confiance avec son patient, dans le but d'établir les diagnostics infirmiers en allant à la rencontre de ses attentes et de ses besoins.

Nous ne trouvons pas de diagnostics infirmiers dans l'ouvrage « *Les diagnostics infirmiers*⁴⁷, *interventions et bases rationnelles* », de Doenges et Moorhouse, qui traitent de la première hospitalisation ou de l'accueil. Néanmoins, de cet ouvrage, nous pouvons tirer des diagnostics relatifs aux conséquences d'une première hospitalisation, tels que anxiété (légère, modérée, grave, panique), manque de connaissance, isolement social, perturbation situationnelle de l'estime de soi, syndrome d'inadaptation à un changement de milieu, peur. Ces diagnostics

⁴⁶ POTTER PATRICIA A. et PERRY ANNE G. *Soins infirmiers, théorie et pratique*. Editions ERPI. Chapitre 29 : le concept de soi. Page : 754.

⁴⁷ DOENGES et MOORHOUSE. *Diagnostics infirmiers, interventions et bases rationnelles*. Editions Du Renouveau Pédagogique Inc. Montréal 2001. Nombre de pages : 1280.

vont déboucher sur un objectif de soins et ce dernier aura des conséquences sur la suite des soins prodigués.

Ainsi, il convient de se demander si les infirmières, lors de l'accueil, utilisent des bases théoriques, comme des concepts ou encore des plans d'enseignement, quand elles prennent en charge un patient venant subir une opération pour la première fois. Cela dans le but d'être en accord avec les attentes du patient, mais aussi afin que l'équipe au complet travaille dans la même direction.

Au terme de notre analyse, nous chercherons à identifier les compétences que l'infirmière a développées malgré l'absence de diagnostics infirmiers concernant l'accueil.

Au bout d'une approche faite de lectures, d'entretiens et de réflexion, nous en sommes arrivées à établir notre question centrale de recherche. Nous avons choisi de segmenter celle-ci afin d'en simplifier la compréhension.

Lorsqu'un patient est admis pour la première fois en préopératoire dans un service de chirurgie générale, quelles actions spécifiques les infirmières mettent-elles en place lors de l'accueil ?

Dans une telle situation, constate-t-on une différence quant à la prise en charge entre une infirmière ayant déjà subi une opération et une infirmière qui n'a jamais été opérée ?

Afin de faire ressortir notre problématique, nous avons choisi de travailler avec des hypothèses de type directionnel⁴⁸. Ces hypothèses seront suivies de nos argumentations ainsi que de nos objectifs liés à ceux-ci.

6.1. HYPOTHESES ET OBJECTIFS

6.1.1. Hypothèse 1

- I. Si, lors de l'accueil, la prise en charge infirmière spécifique d'une première hospitalisation est prodiguée en suivant un protocole formel, des guidelines, alors l'efficacité⁴⁹ est assurée. Une pareille procédure permettra d'avoir un fil conducteur pour accéder à une continuité adéquate dans la prise en charge infirmière et ainsi éviter les oublis.

Cette hypothèse a été élaborée à la suite de nos entretiens téléphoniques et de nos lectures, et est basée sur les propos des infirmières.

⁴⁸ Hypothèse de type directionnel : hypothèse exprimant une prédiction explicite sur la direction et la nature de la relation entre deux variables. Définition provenant du livre : LOISELLE CARMEN G. et PROFETTO-MCGRATH JOANNE. *Méthodes de recherche en sciences infirmières approches quantitatives et qualitatives*. Editions du renouveau pédagogique. Canada. 2005. Nombre de pages : 591.

⁴⁹ Efficacité : « Mesure dans laquelle une intervention, une procédure, un régime ou un service spécifique mis en œuvre sur le terrain produisent l'effet escompté sur une population bien définie ».

Nous souhaitons savoir exactement ce qui se pratique sur le terrain, cela nous permettra de vérifier notre hypothèse. Nous pourrions ainsi enrichir notre savoir dans l'optique de posséder un maximum d'informations utiles en vue d'apporter des réponses à notre question spécifique de recherche.

Voici les objectifs liés à cette première hypothèse :

- Nous mettrons en évidence les outils utilisés de manière formelle lors d'une prise en charge infirmière pour une première opération au sein du service. Ces outils seront inventoriés à l'aide des témoignages infirmiers.
- Nous identifierons les outils utilisés de manière formelle et informelle lors d'une prise en charge infirmière pour une première hospitalisation au sein du service.

Une fois les outils identifiés, nous pourrions déterminer s'ils influencent la prise en charge. De plus, nous évaluerons leur impact sur la cohérence au sein de l'équipe.

6.1.2. Hypothèse 2

- II. La prise en charge infirmière, lors de l'accueil d'un patient hospitalisé pour la première fois en chirurgie générale, diffère entre une infirmière qui a déjà été opérée et une autre qui ne l'a jamais été, parce que l'expérience vécue modifie la perception de la situation et ainsi influe sur le comportement.

Cette hypothèse est tout aussi importante que la première, car le vécu personnel peut, selon nous, influencer la prise en charge infirmière. Le fait d'avoir vécu une hospitalisation peut sensibiliser l'infirmière dans sa façon de travailler ; elle sera peut-être plus attentive à certains éléments qu'une infirmière qui n'a pas été opérée. D'un autre côté, il est vrai, une infirmière qui n'a jamais été opérée pourra peut-être prendre en charge le patient comme elle souhaiterait être prise en charge elle-même. Le concept de résilience prend sens dans cette hypothèse. Nous l'avons indiqué plus haut, l'hospitalisation peut générer un stress. Tout individu ayant vécu des moments de stress est susceptible de développer une attitude résiliente. Bien entendu, il n'est pas question de généraliser, car chaque parcours de vie est différent. Dans notre travail, nous souhaiterions aborder cet aspect de la résilience au travers de nos entretiens semi-directifs.

Voici l'objectif en lien avec la deuxième hypothèse :

- Nous étudierons, grâce aux vécus personnels, les différences de prise en charge entre une infirmière ayant déjà été opérée et une ne l'ayant jamais été.

Nous désirons explorer l'influence du vécu sur la pratique soignante. Notre hypothèse est que la soignante qui a déjà été opérée a une autre lecture de la réalité. Sa vision de la prise en charge pourrait en être influencée.

Il s'agira maintenant de vérifier ces hypothèses. Celles-ci vont à la fois orienter et préciser nos recherches en vue de répondre à la question spécifique de notre travail.

7. CADRE CONCEPTUEL

Notre cadre conceptuel a été élaboré en relation avec notre question centrale de recherche :

Lorsqu'un patient est admis pour la première fois en préopératoire dans un service de chirurgie générale, quelles actions spécifiques les infirmières mettent-elles en place lors de l'accueil ?

Dans une telle situation, constate-t-on une différence quant à la prise en charge entre une infirmière ayant déjà subi une opération et une infirmière qui n'a jamais été opérée ?

À partir de cette deuxième question et des objectifs de notre recherche, nous avons déterminé quels étaient les concepts importants à traiter et à développer dans l'analyse.

Dans cette section, nous allons développer les cadres conceptuels. Nous distinguerons deux concepts centraux, eux-mêmes subdivisés comme suit :

- ❖ concept de communication et de relation d'aide
 - ✓ concept d'accueil
 - ✓ concept d'angoisse et d'anxiété
 - ✓ concept de crise

- ❖ le concept de soi
 - ✓ concept de résilience

Nous avons choisi le concept de communication et de relation d'aide car nous questionnons les enquêtées sur leur prise en charge. Rappelons que la prise en charge correspond, pour nous, au « rôle de l'infirmière qui consiste à aider l'individu, malade ou en santé, (...), dans l'élaboration et l'exécution du programme dans sa totalité, (...). »⁵⁰

À nos yeux, cette définition manifeste l'importance de la communication au sein de la relation « patient-soignant ». L'accueil fait partie intégrante de la communication ; lorsque l'infirmière reçoit le patient dans l'unité, elle se doit de lui expliquer le fonctionnement du service, le

⁵⁰ BOITTIN, LAGOUTTE, LANTZ. « Virginia Henderson 1887-1996 Biographie et analyse de son œuvre ». *Recherche en soins infirmiers* n° 68. Mars 2002. Pages 5 à 17.

déroulement de la journée, etc. D'une manière plus précise, le fait de vivre une première opération est un événement qui peut être vécu comme une crise par le patient, qui se retrouve dans un contexte inconnu. La crise est intégrée dans le concept de la communication : en effet grâce à ses interventions, l'infirmière pourra prévenir ou enrayer la crise. En outre, la professionnelle pourra aussi avoir une influence sur l'angoisse et l'anxiété de son patient, par exemple en utilisant la relation d'aide comme outil dans sa communication pour permettre une investigation poussée de son recueil de données. Nous avons souhaité explorer les émotions que le patient peut ressentir lors d'une première opération : comme nous allons le démontrer, le bénéficiaire de soins peut ressentir de l'angoisse ou de l'anxiété durant son hospitalisation, le concept d'angoisse et d'anxiété se trouve dès lors pleinement justifié.

Le concept de soi est un point essentiel de notre cadre conceptuel : il peut être ébranlé lors d'une première opération. Conformément à notre question centrale de recherche, nous voulons vérifier s'il existe une différence dans la prise en charge lors de l'accueil entre une infirmière ayant déjà été opérée et une autre qui ne l'a jamais été. Nous faisons donc référence aux différents rôles qu'une personne peut connaître au cours de sa vie, ceux de patient, parent, infirmier, etc. Nous voulons aussi vérifier si l'infirmière, à la suite d'une expérience d'hospitalisation, a adopté des attitudes résilientes qu'elle utiliserait dans sa prise en charge.

Nous commencerons par développer le concept de communication et de relation d'aide, nous poursuivrons avec le concept de soi et de résilience. Le rôle de l'infirmière sera illustré tout au long de ces concepts.

7.1. LE CONCEPT DE COMMUNICATION ET DE RELATION D'AIDE

Pour parler de ce concept, nous nous référons à l'ouvrage de Margot Phaneuf, qui traite de la « communication, entretien, relation d'aide et validation ».

La nécessité de la communication et de la relation d'aide en soins infirmiers⁵¹ :

« La communication et la relation d'aide figurent parmi les facteurs importants de l'humanisation des soins. Mais une multitude d'autres facteurs viennent en justifier l'approfondissement. » Voici quelques principes d'Hildegard Peplau, que nous reprenons pour l'argumentation de notre concept de communication et de relation d'aide :

1. « Avec un peu d'attention et d'observation, la plupart des choses importantes qui affectent une personne peuvent être étudiées, expliquées, comprises. Si des difficultés se présentent, il est possible d'agir pour développer des stratégies susceptibles

⁵¹ PHANEUF MARGOT. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. 2002 les Editions de la Chenelière inc., p.12.

d'apporter des changements significatifs sur les plans de la santé physique, de la santé mentale de la personne et de l'organisation de sa vie. »⁵²

Ce principe reflète pour nous une importance capitale lors de l'accueil. L'infirmière qui prend en charge un patient qui vient pour la première fois se doit d'être attentive aux comportements de celui-ci. Elle pourra influencer le bien-être du patient en répondant à ses questions ou à ses inquiétudes, par exemple.

2. « Chacun des contacts de l'infirmière avec la personne soignée recèle des possibilités de compréhension de ses besoins et de ses difficultés, des possibilités de partage de ses angoisses et de ses sentiments, de ses croyances et de ses attentes, de même que des possibilités d'intervenir pour la supporter, lui manifester de la compréhension et l'aider à reprendre courage et, si possible, à retrouver le contrôle de sa vie. »⁵³

De même que le premier principe, celui-ci démontre l'importance de la communication. On peut de nouveau tirer un parallèle avec l'accueil, car le patient arrive dans un milieu inconnu. Il aura certainement quelques appréhensions, des questions concernant son hospitalisation. L'infirmière doit être présente et à l'écoute des besoins de son patient afin de l'aider à se sentir à l'aise.

3. « Pour travailler avec efficacité auprès de cette personne, l'infirmière doit recueillir des informations non seulement sur les difficultés auxquelles elle est confrontée, mais aussi sur ses ressources personnelles, sur son réseau de soutien, afin de pouvoir planifier des soins adéquats et de pouvoir l'aider. »⁵⁴

La professionnelle doit se poser toutes sortes de questions afin d'être consciente de ses valeurs, de ses préjugés et de ses difficultés ; cela lui permet d'accepter ou non certaines situations. De plus, elle se sentira certainement plus à même d'être confrontée à certains événements, tels que la douleur, le changement d'image corporelle, etc. Une personne qui sait qui elle est pourra prendre soin d'autrui. Il est aussi nécessaire pour l'infirmière d'avoir des ressources, cela va lui permettre de se détendre et de penser à autre chose.

4. « Encourager la personne à identifier, à nommer ses difficultés, à les voir dans leurs justes dimensions, à découvrir ses ressources pour y faire face : l'engager dans un processus actif, la changer de l'état de patiente à celui d'intervenante dans sa propre situation. La relation d'aide est d'ailleurs un processus qui vise essentiellement la prise en charge de soi par la personne soignée, et non par la soignante. »⁵⁵

⁵² PHANEUF MARGOT. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. 2002 les Editions de la Chenelière inc., p.12-13

⁵³ Ibid, p.12-13

⁵⁴ Ibid, p.12-13.

⁵⁵ Ibid, p.12-13

Un des souhaits de la plupart des professionnelles est que le patient devienne acteur de son hospitalisation. Cela permet au patient de se sentir vivre dans ce qu'il traverse. Il y a tout un cheminement qui doit être fait, que ce soit par rapport à la crainte de l'opération, à la peur d'avoir mal ou au fait d'être confronté à une grave maladie. Les infirmières doivent être là afin d'aider le bénéficiaire de soins à s'exprimer sur ses ressentis, sur ses craintes. Cela permettra de cibler au mieux les interventions.

5. « La présence, l'écoute et la parole de la soignante, qui favorisent chez la personne soignée l'évolution et la capacité de prise en charge de sa santé physique et mentale, font partie intégrante des soins infirmiers. »⁵⁶

Nous imaginons, que bien souvent, l'accueil est un moment difficile à vivre, car le patient a pris conscience de ce qui lui arrive. Cependant, il découvre un nouveau milieu, une nouvelle façon de vivre ses journées. Il découvre également un nouveau rôle, celui d'être un patient. L'infirmière se doit de proposer des ressources au nouveau patient, par exemple en lui donnant le livret d'accueil⁵⁷, disponible dans les services ainsi qu'à la réception.

6. « Pour la personne soignée, un soin ne peut être perçu de manière positive que s'il survient dans un contexte relationnel humain et chaleureux. Le contact impersonnel avec une infirmière, si bonne exécutante soit-elle, est souvent source de mécontentement, de sentiment d'impuissance, voire même d'exaspération pour la personne soignée qui se voit traitée comme un numéro. »⁵⁸

L'infirmière adoptera une attitude humanisante durant les soins.

Un patient pris en charge par une infirmière à l'attitude impersonnelle sera moins en confiance et aura de la peine à aborder sereinement son hospitalisation. Pour éviter que la personne soignée ne se voie traitée comme un numéro, il est important qu'elle se sente maître de la situation qu'elle traverse. L'infirmière a donc un rôle primordial à jouer, car c'est à travers ses attitudes que le patient va sentir qu'il a de l'importance à ses yeux.

Plus haut, nous avons déjà, noté l'importance qu'a la communication : un des outils de celle-ci est la relation d'aide.

« Il s'agit d'un échange à la fois verbal et non verbal qui dépasse la superficialité et qui favorise la création du climat de compréhension et l'apport du soutien dont la personne a besoin au cours d'une épreuve. Cette relation permet à la personne de mieux comprendre sa

⁵⁶ PHANEUF MARGOT. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. 2002 les Editions de la Chenelière inc., p.12-13

⁵⁷ Annexe n° IV.

⁵⁸ PHANEUF MARGOT. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. 2002 les Editions de la Chenelière inc., p.12-13

situation, de mieux l'accepter et, selon le cas, de s'ouvrir au changement et à l'évolution personnelle, et de se prendre en main pour devenir plus autonome. Cette relation aide la personne à faire preuve de courage devant l'adversité, et même devant la mort.⁵⁹ »

La communication lors de l'accueil pour une première opération est un élément décisif, qui peut conditionner tout ce qui suit. L'infirmière va aider le patient en utilisant les objectifs de la relation d'aide. Nous allons passer en revue quelques points sélectionnés en fonction de notre thématique.

La soignante aide le patient à :

- « mettre sa difficulté en mots afin qu'il puisse se percevoir comme un internaute actif dans sa propre situation ; »⁶⁰

Il s'agit d'amener le patient à s'exprimer sur sa situation en mettant des mots sur ce qu'il vit afin qu'il puisse interagir dans la conversation et ainsi il pourra communiquer sur son ressenti.

- « exprimer ses sentiments et ses opinions, même si ceux-ci sont négatifs ; »⁶¹

Quand le patient met des mots sur ce qu'il ressent cela le soulage directement, mais c'est aussi une source précieuse d'informations pour la soignante, qui peut alors adapter sa prise en charge en ciblant les besoins du patient.

- « se sentir écouté, accepté tel qu'il est et compris, pour qu'il soit ensuite capable de s'accepter lui-même tel qu'il est ; »⁶²

Notre question de recherche se concentre sur une première opération, c'est-à-dire une première expérience. La personne n'a jamais vécu cela de sa vie, ignore quelles seront ses réactions face aux craintes et aux angoisses provoquées par son état et sa situation. Si elle se sent écoutée et comprise par le personnel infirmier, elle sera, à notre avis, plus sereine pour aborder son hospitalisation.

- « s'adapter à une situation à laquelle il ne pourrait s'adapter sans aide ; »⁶³

Si l'infirmière ne prend pas le temps de s'identifier, de présenter le fonctionnement du service, d'expliquer le déroulement du séjour au patient, celui-ci aura de la peine à s'adapter au milieu hospitalier. N'oublions pas qu'un patient qui vient pour la première fois à l'hôpital ne connaît pas ce milieu, il n'a pas de repères, sans compter qu'il doit faire face à sa maladie, à ses craintes les plus intimes. Par ailleurs, il a certainement, durant sa vie, eu des échos d'expériences de soins vécues par des tiers. Positives ou négatives, celles-ci ont, à coup sûr, influencé ses représentations concernant l'hospitalisation et l'opération. L'infirmière doit donc adapter sa prise en charge à chaque patient.

⁵⁹ PHANEUF MARGOT. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. 2002 les Editions de la Chenelière inc., p.320

⁶⁰ Ibid, p.322

⁶¹ Ibid, p.322.

⁶² Ibid, p.322.

⁶³ Ibid, p.322

7.1.1. La dimension de l'accueil

Le concept de communication décrit ci-dessus constitue l'une des dimensions de l'accueil. Rappelons qu'il s'agit ici de l'accueil lorsqu'un patient est admis en préopératoire. Voyons quels sont « les soins apportés à un malade à son arrivée dans un établissement de santé »⁶⁴.

Pour mieux comprendre la conception de l'accueil, nous avons choisi Monique Formarier, formatrice ARSI⁶⁵, qui propose une approche différente et complète du concept d'accueil⁶⁶.

Après avoir exploré les théories de divers auteurs, elle définit l'accueil comme « l'ouverture du lien social, ritualisé avec et par des automatismes sociaux et culturels.⁶⁷ ». Selon elle, l'accueil est complexe et peut se décliner à l'aide de trois autres concepts :

- le lien social⁶⁸ : « s'exprime dans les relations, qu'elles soient conventionnelles ou guidées par un libre choix ».
- les interactions sociales⁶⁹ : « c'est un phénomène complexe où interagissent plusieurs dimensions – cognitives, sociales et culturelles – dans un cadre spatio-temporel historiquement et culturellement situé, marqué par des règles et des valeurs. SORSANA 1999 ».
- l'acte de soin : par quoi il faut entendre, l'accueil proprement dit.

Il est important de mentionner ces trois composantes, car elles influencent la manière dont l'infirmière accueille son patient. Pour bien cerner l'accueil dans le contexte d'une première opération, nous allons l'imager au moyen de ces trois attributs.

Tout d'abord, le lien social s'établit de manière formelle et n'est pas voulu par le patient. Celui-ci n'a pas le choix d'entrer en contact avec l'infirmière. Si cette dernière en tient compte, la suite des interactions en sera modifiée.

Ensuite, lorsqu'elle accueille le patient, l'infirmière met en œuvre sa sphère sociale, ses croyances ainsi que sa culture, mais aussi les principes éthiques et déontologiques, les normes et les valeurs de sa profession en vigueur dans l'établissement.

Selon son origine ou celle du patient, les échanges revêtiront des modalités différentes.

En tant qu'acte de soins, l'accueil est le premier contact du patient avec l'hôpital, avec le service et même avec l'équipe soignante. Il est donc capital qu'il se déroule au mieux, car il

⁶⁴ Définition de l'accueil selon JC McCloskey et GM Bulechek.

⁶⁵ ARSI : Association de Recherche en Soins Infirmiers.

⁶⁶ FORMARIER MONIQUE. « Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité ». *Recherche en soins infirmiers* n°75. Décembre 2003. Pages 15 à 20.

⁶⁷ Ibid, p 15 à 20.

⁶⁸ Ibid, p.16

⁶⁹ Ibid, p.16

conditionne, dans une certaine mesure, la qualité voire le succès de l'ensemble du séjour hospitalier.

Formarier identifie deux pré-requis pour que l'accueil soit de qualité :

a. Reconnaître le patient comme partenaire dans la relation⁷⁰.

Pour qu'il y ait partenariat, la position de chaque intervenant a son importance. Avant tout, il faut que la finalité soit clairement énoncée, que les rôles et les fonctions de chacun soient définis. Il faut, ensuite, que tous bénéficient des mêmes droits et soient soumis aux mêmes contraintes. Il faut aussi situer le partenaire à la fois dans un contexte précis et dans la durée. Tous ces éléments permettent à chaque intervenant de se situer et d'être au clair dans la relation. Cependant, il convient d'avoir à l'esprit que le patient se trouve face à l'inconnu et qu'il a besoin d'aide pour gérer la situation ; les soignants l'aideront donc à trouver sa place afin qu'il se sente acteur de la situation, le but étant d'établir une relation « symétrique⁷¹ ».

b. La distance relationnelle dans les soins⁷²

Cette distance aide le soignant à se protéger émotionnellement. En effet, certaines situations peuvent renvoyer une image d'un vécu personnel et ainsi réveiller des émotions qui pourraient être négativement interprétées. Pour l'auteure, l'empathie serait la relation la plus efficace dans la situation de l'accueil⁷³. Selon elle, l'empathie implique « l'objectivité, l'absence d'idées préconçues, elle demande de la pertinence et de la réactivité (...) elle relève d'une attitude professionnelle définie, qui se maîtrise et donc qui s'enseigne.⁷⁴ »

Au moyen de nos questions d'entretien, nous pourrions identifier les attitudes qu'adopte l'infirmière lors de l'accueil. Nous y reviendrons dans le chapitre de l'analyse.

Outre ces pré-requis, Formarier distingue trois étapes de l'accueil :

I. Sécuriser la personne accueillie⁷⁵

On y parvient en donnant à la personne accueillie des repères, pour qu'elle puisse maîtriser son environnement et qu'elle ne ressente plus l'insécurité liée à l'inconnu. Par environnement, l'auteure entend les repères spatiaux, temporels, identitaires⁷⁶. C'est donc grâce à l'écoute du patient et aux informations ainsi récoltées que l'infirmière franchira avec succès cette étape.

⁷⁰ FORMARIER MONIQUE. « Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité ». *Recherche en soins infirmiers* n°75. Décembre 2003. P.18

⁷¹ Ibid, p.18

⁷² Ibid, p.18.

⁷³ Ibid, p.18.

⁷⁴ Ibid, p.18.

⁷⁵ Ibid, p.19.

⁷⁶ Ibid, p.19.

II. Connaître la personne⁷⁷

L'infirmière dispose ici de plusieurs techniques : l'anamnèse par questions, les entretiens ou simplement le laisser librement parler : la relation se formalisera, chacun trouvant ses marques. L'infirmière veillera à en laisser une trace écrite dans le dossier de soins afin que ses collègues aient connaissance des informations importantes concernant le vécu de la personne hospitalisée. Cette étape prend du temps et ne se fait pas en une fois. L'objectif est d'être en mesure par la suite d'identifier, de reconnaître et d'évaluer les besoins du patient, tout en sachant que sans le concours de ce dernier, il n'y a pas de plan de soins possible.

Par rapport à la question centrale de notre recherche, c'est au cours de cette étape que l'infirmière saura si le patient est opéré pour la première fois ou non. À partir de là, nous examinerons si elle modifie sa prise en charge.

III. Adaptation de la personne à sa situation et à son environnement⁷⁸

Dans la conception de Monique Formarier, ce passage représente la finalité de l'accueil. Selon elle, l'infirmière sait que le patient a atteint cette étape lorsqu'il est « adapté », donc quand « il réagit positivement au stress, se sent à l'aise dans un réseau de significations, qu'il est en harmonie avec son environnement⁷⁹ ». Ce critère diffère de celui choisi par JC McCloskey et GM Bulechek, lequel est moins précis, mais plus resserré dans le temps. Ces deux auteurs retiennent le moment où le patient a passé à une étape supérieure : a dormi à l'hôpital ou est passé au bloc opératoire. Tandis que selon la définition de Formarier, l'accueil pourrait, à la limite, durer tout au long de l'hospitalisation.

Comme le décrit l'auteure, lorsque l'individu est stressé, il « déploie des efforts, utilise des potentialités et développe un processus de coping⁸⁰ pour faire face à la source du stress⁸¹ ». L'infirmière est là pour accompagner le patient et ses proches tout au long de l'hospitalisation et pour l'aider à mobiliser toutes les ressources qu'il est capable d'utiliser.

« L'accueil fait partie d'une continuité dans la prise en charge », cela est très important et cet acte est à considérer comme un soin à proprement parler.

En conclusion, nous pouvons affirmer que l'accueil a une influence décisive quant à la suite de l'hospitalisation. C'est de nouveau au travers de nos entretiens que nous allons découvrir comment les infirmières des services choisis accueillent les patients et si elles pensent que leur accueil a une influence sur le futur.

⁷⁷ FORMARIER MONIQUE. « Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité ». Recherche *en soins infirmiers* n°75. Décembre 2003. p.19.

⁷⁸ Ibid, p.19.

⁷⁹ Ibid, p.19.

⁸⁰ Coping défini par Monique Formarier : « ensemble des stratégies cognitives et comportementales, que la personne adopte pour faire face aux agents stressants qu'elle évalue comme excédents ses ressources ». Ibid. p.19.

⁸¹ Ibid, p.19.

Nous allons maintenant passer au concept de crise. Comme pour les autres concepts parties intégrantes de la communication, nous avons choisi de n'en développer que l'aspect lié à notre sujet de recherche.

7.1.2. Concept de crise⁸²

Dans la perspective de notre étude nous savons que le patient vit une situation difficile : il est confronté à la maladie, il a certainement des craintes concernant son opération ainsi que les suites de celle-ci. Dans ces conditions il est vraisemblable qu'il soit amené à vivre une crise : l'infirmière qui l'accueille se doit d'y être attentive.

D'après le psychiatre américain Caplan⁸³, le terme crise peut se définir comme suit : « déséquilibre psychologique chez un sujet vivant une situation difficile ou dangereuse, laquelle lui pose une difficulté importante qu'il ne peut régler ni éviter aux moyens des ressources habituelles de résolution de problème. ».

Certaines caractéristiques ont été mises en évidence par les auteurs qui ont étudié la théorie des crises (Caplan, 1964, France, 1982, Geissler, 1984). C'est ainsi qu'ils ont établi les hypothèses de base sur lesquelles se fonde la notion de crise⁸⁴ :

1. Les crises surviennent chez tous les sujets, à un moment donné, et ne sont pas nécessairement liées à une psychopathologie.

Dans notre problématique, nous pouvons considérer comme vraisemblable qu'un patient vive son hospitalisation comme une crise.

2. Les crises sont provoquées par des événements précis et identifiables.

Nous imaginons en nous référant à notre question centrale de recherche que les événements précis et identifiables sont la première opération : l'inconnu.

3. Les crises sont de nature personnelle. La même situation connue par deux personnes peut ou non être vécue comme une crise.

Chaque individu est différent, personne ne réagit de la même façon à une problématique. C'est pourquoi dans les soins infirmiers nous personnalisons la prise en charge pour chaque patient. En l'occurrence, il est concevable qu'une première opération soit très mal vécue par un patient et sans aucune difficulté par un autre.

⁸² TOWNSEND MARY C. (infirmière spécialisée en psychiatrie de l'adulte). *Soins infirmiers, psychiatrie et santé mentale*. Edition Erpi, p.154-155.

⁸³ Ibid, p.154-155.

⁸⁴ Ibid, p.154-155.

4. Les crises sont aiguës et non chroniques. Elles se règlent d'une manière ou d'une autre dans un délai relativement court.

La personne essaiera d'utiliser ses ressources personnelles pour y faire face. Si elle n'arrive pas à gérer seule son problème, elle demandera de l'aide extérieure. Il nous paraît aller de soi que l'infirmière doit être à l'écoute du patient et lui proposer son aide, le cas échéant.

5. La situation de crise peut favoriser la croissance personnelle ou entraîner la détérioration psychologique.

Si le patient parvient à utiliser ses ressources il se sentira acteur de son hospitalisation. Au contraire, s'il en est incapable et qu'il n'arrive pas à profiter des aides extérieures, il se peut que la tension passe à un seuil supérieur.

7.1.2.1. *Les phases de développement d'une crise*⁸⁵

Le développement d'une situation de crise suit un cours relativement prévisible. Caplan a repéré quatre phases précises que traverse le sujet en réaction à un événement stressant avant l'apparition de la crise aiguë.

Phase 1 : la personne est exposée à un événement stressant.

Ici, l'événement stressant est constitué par la première fois ou par l'opération proprement dite. Dans les deux cas, la personne est face à l'inconnu. Si elle n'arrive pas à gérer cette situation, elle va passer à la deuxième phase.

Phase 2 : quand les mécanismes de résolution de problèmes ne soulagent pas le stress, l'anxiété s'intensifie.

La personne manifestera des symptômes d'anxiété (tachycardie, sueur, pâleur, difficulté à parler, repli sur soi,...).

Phase 3 : toutes les ressources possibles, à la fois internes et externes, sont mobilisées pour régler le problème et soulager le mal-être.

Dans un premier temps, le patient tente de gérer seul son problème, dans un deuxième temps, il fera peut-être appel aux professionnels, lesquels lui proposeront des actions afin de diminuer son stress et son anxiété.

Phase 4 : si la situation ne trouve pas d'issue aux phases précédentes, soit la tension passe à un seuil supérieur soit le fardeau s'alourdit, jusqu'au point de rupture.

⁸⁵ TOWNSEND MARY C. (infirmière spécialisée en psychiatrie de l'adulte). *Soins infirmiers, psychiatrie et santé mentale*. Edition Erpi, p.154-155.

Si la crise atteint la quatrième phase, cela peut avoir des répercussions sur l'évolution postopératoire. En effet, un état de stress prolongé est néfaste sur le plan biologique : au niveau du système nerveux, le stress provoque une stimulation et une sécrétion des catécholamines, et au niveau endocrinien, une sécrétion de cortisone. Lorsque cette réponse est prolongée, certaines conséquences sur notre organisme sont à craindre. Tous nos organes peuvent être touchés⁸⁶. Prenons l'exemple du cœur : la sécrétion des catécholamines et de la cortisone entraîne une accélération de la fréquence cardiaque. Normalement, le stress vécu par le patient avant une opération est de courte durée. Cependant, si le patient est appelé à subir une opération conséquente, planifiée à l'avance, il connaîtra déjà un stress à l'annonce du diagnostic, puis, une nouvelle anxiété durant le laps de temps séparant l'annonce du diagnostic de l'opération elle-même. Probablement qu'il vivra cette période comme une crise. Dans ces conditions, l'état de stress physiologique aussi bien que psychologique se prolonge.

La personne en crise se sent impuissante. Elle a l'impression de ne pas posséder les ressources nécessaires pour affronter les agents stressants. Le niveau d'anxiété augmente, la personne perd sa capacité de fonctionnement. Ses pensées deviennent obsessionnelles et tout son comportement vise le soulagement de l'anxiété ressentie. Les sentiments sont envahissants et perturbent la personne sur le plan physique et psychosocial.

Dans une telle situation, le rôle infirmier revêt une importance évidente : par des techniques de communication, d'écoute, par des moyens simples pour se détendre, comme un massage, de la relaxation, on peut soulager la personne en diminuant son stress et l'aider à vivre cette crise aussi paisiblement que possible. Les considérations nous amènent à parler du concept d'angoisse et d'anxiété, car ces sentiments sont le plus souvent compagnons oppressants de la crise.

7.1.3. Concept d'angoisse et d'anxiété

Dans le cadre de ce travail, il apparaît nécessaire et naturel d'aborder le thème de l'anxiété et de l'angoisse. Certaines de nos questions sont liées à ce concept.

« Dans les écrits récents, la plupart des auteurs s'entendent pour utiliser les termes anxiété et angoisse pour désigner une même réalité. Cependant, certains reconnaissent que l'angoisse est une manifestation élevée d'anxiété et qu'elle traduit tout particulièrement les dimensions psychologiques de cette émotion alors que l'anxiété désigne plutôt les manifestations physiologiques.⁸⁷ ». Cette citation pour préciser que pour notre part nous utilisons indifféremment ces deux termes.

Tout le monde, un jour ou l'autre, éprouve de l'angoisse ou de l'anxiété. Grâce à ce concept, l'infirmière peut identifier ces sentiments chez le patient. Lors de nos entretiens, nous avons cherché à savoir ce qu'elle en fait et comment elle les apaise.

⁸⁶ <http://www.caducee.net/DossierSpecialises/cardiologie/stress2.asp#> maladies consulté le 28.03.09.

⁸⁷ CHALIFOUR JACQUES. *La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique, humaniste*. Montréal : Gaëtan Morin. 1989. p.78.

⁸⁷ Ibid, p. 81.

Voici une définition large de l'anxiété, que donne Spilberger (1972)⁸⁸. « Il souligne que l'anxiété se révèle par une tension, une appréhension ou un malaise résultant de l'anticipation subjective d'un danger imminent, de source inconnue ou non reconnue par la personne. Une réaction d'alarme apparaît chaque fois que l'organisme est menacé. De façon plus spécifique, l'anxiété est un état comprenant des sensations déplaisantes de tension et d'appréhension, perçues consciemment et accompagnées de l'activation du système nerveux central. L'intensité et la durée de la réaction anxieuse seront déterminées par l'importance subjective de la menace et la persistance de la personne à interpréter la situation comme dangereuse. ».

Nous avons choisi cette définition, car elle reflète l'anxiété telle que nous la comprenons et décrit les réactions du sujet au niveau psychologique et physiologique. Afin de la compléter, nous allons en analyser les principales manifestations sur les plans physiologique et intellectuel, émotif, social et spirituel.

7.1.3.1. *Manifestations physiologiques de l'anxiété*⁸⁹

« Sudation, augmentation du rythme cardiaque, pâleur, augmentation de la pression sanguine, longs soupirs, augmentation ou diminution de l'appétit, difficulté de sommeil, besoin fréquent d'uriner, accélération du processus digestif, bouche sèche, voix incertaine, augmentation de la tension musculaire avec crampes et courbatures, pupilles dilatées et vision brouillée, peau et extrémités froides et humides, présence de tics, visage crispé, augmentation ou inhibition des mouvements et gestes, sensations subjectives de fatigue, de faiblesse, d'insomnie, palpitations, douleurs thoraciques, hypertension, étourdissements, bouffées de chaleur, diminution et perte de la libido, difficulté respiratoire, gorge serrée, etc. »

Cet impressionnant inventaire de manifestations physiologiques nous donne une idée de ce que la personne peut ressentir lorsqu'elle éprouve de l'anxiété. Un recueil de données et la connaissance des antécédents du patient constituent dès lors des outils indispensables dans la panoplie du professionnel.

7.1.3.2. *Manifestations intellectuelles de l'anxiété*⁹⁰

« Utilisation de mécanismes de défense de plus en plus pathologiques contribuant fortement à éloigner la personne de la réalité, réduction de la capacité d'attention volontaire, difficulté de mémorisation à court terme, difficulté à apprendre, attention accordée à des détails, présence de pensées irréalistes, augmentation de la difficulté de raisonnement, difficulté à trouver les mots pour s'exprimer, présence de difficultés de concentration, diminution de la capacité d'orientation spatio-temporelle, capacité réduite pour solutionner des problèmes, difficulté de percevoir une situation dans son ensemble, hypervigilance. »

Selon nous, l'infirmière ne pourra pas objectiver tous ces symptômes durant l'hospitalisation du patient. Comme nous le savons, les hospitalisations ont tendance à s'écourter. Par

⁸⁸ CHALIFOUR JACQUES. *La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique, humaniste*. Montréal : Gaëtan Morin. 1989. p.79.

⁸⁹ Ibid, p. 81.

⁹⁰ Ibid, p. 82.

conséquent l'infirmière se doit d'établir l'anamnèse rapidement. Il semble probable que seule une partie des manifestations intellectuelles de son patient, pourra être objectivée. A cela s'ajoute que rentrer en communication et créer une relation de confiance avec le patient prend un certain temps. Ce n'est donc pas parce qu'ils ne seront pas objectivés durant l'hospitalisation que le patient ne présentera pas ces symptômes.

7.1.3.3. *Manifestations émotives de l'anxiété*⁹¹

« Culpabilité, honte, tristesse, agressivité. »

Il est également possible que son état culpabilise le patient se rendant compte qu'il n'arrive plus à faire face à ce qui lui arrive. La honte peut survenir après coup à l'idée que ses proches ne l'estiment pas à la hauteur. La tristesse peut envahir le patient lorsqu'il prend conscience de ce qu'il vit. Pour ce qui est de l'agressivité, elle provient du fait qu'il est extrêmement difficile d'accepter ce qui arrive. Il est, dès lors, possible que le patient soit agressif envers le soignant et envers ses proches.

7.1.3.4. *Manifestations sociales de l'anxiété*⁹²

« Demande de l'attention sous diverses formes, manifeste le besoin d'être près des gens ou d'être seul, volubile ou silencieux, manifeste certaines appréhensions face à un groupe, manifeste de l'intolérance à l'égard de son entourage, blâme facilement les autres, manifeste de l'insécurité dans ces décisions à prendre. ».

Ces expressions sociales de l'anxiété se manifestent le plus souvent dans le cercle des proches. Il est donc important de créer une relation avec la famille, laquelle détient des informations dont le soignant n'a pas connaissance. Lorsqu'un patient fait souvent appel à l'équipe soignante, en sonnant ou en la questionnant, il se peut qu'on soit en présence d'une manifestation sociale de l'anxiété.

7.1.3.5. *Manifestations spirituelles de l'anxiété*⁹³

« Absence de système de valeurs et de croyances, difficulté à donner et recevoir de l'affection, sentiment de solitude et difficulté à entrer en relation avec les autres, perte d'intérêt pour des choses jugées jusque-là importantes, sentiment de retrait, incertitude face à ses choix, peur de la mort, peur de l'échec, manque de sens à sa vie, manque d'intérêt pour ses semblables et pour l'humanité, appréhension pour le futur. ».

Par respect humain ou par crainte de ses propres incertitudes, on peut avoir le sentiment que des conversations sur la spiritualité sont plutôt réservées à la famille et aux personnes intimes. Toutefois, une relation de confiance peut s'instaurer avec le patient, et aider l'infirmière à rentrer en communication avec le bénéficiaire de soins. Elle pourra alors explorer le côté spirituel. Lors de l'accueil, l'infirmière peut prendre conscience de certaines manifestations

⁹¹ CHALIFOUR JACQUES. *La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique, humaniste*. Montréal : Gaëtan Morin. 1989. p. 82.

⁹² Ibid, p.83.

⁹³ Ibid, p.83.

spirituelles de l'anxiété, comme le fait d'être en retrait, d'être incertain, d'exprimer une certaine peur pour le futur, etc.

Dans ce domaine aux contours un peu flous, il ne sera pas aisé pour l'infirmière de savoir s'il s'agit d'angoisse ou d'autre chose. Par la communication et l'observation, la professionnelle peut déceler beaucoup d'éléments et obtenir nombre d'informations utiles en vue d'adapter sa prise en charge aux besoins spécifiques du patient.

7.2. LE CONCEPT DE SOI

Le concept de soi est le deuxième pilier de notre cadre conceptuel. Nous appliquons ce concept, mais dans l'optique de l'infirmière. Indirectement, les actions des professionnelles découlent du concept de soi.

Selon Patricia Potter et Anne Perry, le concept de soi est « la perception subjective qu'a une personne de son moi, de ses caractéristiques physiques, émotionnelles et sociales. C'est le cadre de référence des réactions de l'individu face aux situations et de ses relations avec les autres. »⁹⁴ Elles expliquent que le concept de soi évolue au cours de la vie et au gré des événements qui touchent la personne, qu'il peut se modifier très rapidement selon les situations vécues.

À cet égard, ce qui nous intéresse ici, c'est le fait que pour le jeune adulte (20 à 45 ans)⁹⁵, le concept de soi est bien établi. Il est donc légitime d'en déduire que les infirmières que nous avons interrogées étaient stables sur ce plan. Nous gardons, toutefois, à l'esprit « le concept de soi est un facteur déterminant du comportement ». Ainsi, l'infirmière peut avoir un concept de soi stable à un moment donné de sa vie, vivre un événement stressant et connaître une modification passagère de son concept de soi, ce qui ne manquera pas d'influencer son action.

Approfondissons maintenant cette définition du concept de soi et voyons quelles en sont les composantes.

7.2.1. Les quatre composantes du concept de soi

« Le concept de soi peut être décrit comme un continuum qui va de fort à faible (...) selon la force de chacune des quatre composantes »⁹⁶ : en d'autres termes, de la naissance à la mort, le concept de soi s'articule en quatre composantes dont l'importance relative varie dans le temps et d'un individu à l'autre.

⁹⁴ POTTER PATRICIA A. et PERRY ANNE G. *Soins infirmiers, théorie et pratique*. Editions ERPI. Chapitre 29 : le concept de soi. Pages 741 à 765.

⁹⁵ Ibid, p.744.

⁹⁶ Ibid, p.746.

7.2.1.1. *L'identité*

Chez une personne, on entend par identité « le sens intime de son individualité (...) au fil du temps et des circonstances. Cela suppose un certain niveau de cohésion et de continuité. Le sentiment d'identité implique la conscience d'être soi-même. »⁹⁷ Il est important de souligner que l'identité évolue continuellement et qu'elle se dégage d'autant mieux que l'individu fait preuve de cohérence et de logique entre ses comportements et ses valeurs.

L'identité de l'infirmière se construit donc au fur et à mesure de son parcours professionnel. Déjà à l'école où lui sont transmis un savoir, un savoir-être, et un savoir-faire. Plus tard, sur le terrain, elle adaptera ces acquis à sa propre personnalité et forgera ainsi son identité. Au fil du temps, elle bâtera sa propre identité d'infirmière avec ses propres croyances et ses propres valeurs. Sous l'influence d'agents stressants, tels qu'une forte pression, un contexte de travail inadéquat, l'impossibilité d'atteindre les buts fixés, des imprévus, l'identité se modifie et évolue. Selon nous, tous ces éléments sont susceptibles d'influencer sur l'identité.

7.2.1.2. *L'image corporelle*

L'image corporelle est « l'image mentale, psychologique qu'un individu se fait de son corps. Cette image se crée à partir de la façon dont il perçoit ses caractéristiques et ses capacités physiques. »⁹⁸

On observera que l'image corporelle est la résultante d'un mélange entre idéal et réalité. Autrement dit, une personne se verra de telle manière, en fonction de ses aspirations, mais aussi de son estime. Par exemple, après avoir perdu beaucoup de poids, elle n'aura peut-être pas le temps de s'habituer à sa nouvelle image corporelle et voudra continuer de maigrir parce que, dans son miroir, elle se verra toujours avec de l'embonpoint.

Dans la perspective de notre recherche, nous ne pensons pas que l'image corporelle, en tant que telle, ait un impact sur la communication de l'infirmière lorsqu'un patient vit une situation de crise, d'angoisse ou d'anxiété. Néanmoins, il est vrai qu'une infirmière soignée de sa personne dégagera un certain professionnalisme, car on se situe dans un milieu où la propreté a son importance. On voit, à cet exemple, que certains aspects de l'image corporelle peuvent malgré tout exercer une influence sur les rapports soigné-soignant. Mais nous ne nous attarderons pas sur ce sous-concept. Par ailleurs, l'infirmière gardera à l'esprit que le patient qu'elle soigne, qui plus est en chirurgie, subit de son côté une modification de son image corporelle et qu'elle devra prêter une attention particulière aux attitudes non verbales. Nous reprendrons et développerons ce point plus bas.

7.2.1.3. *L'estime de soi*

Pour Potter, l'estime de soi est « l'appréciation d'une personne de sa propre valeur, une auto-évaluation faite et maintenue par l'individu lui-même. (...) L'estime de soi est fréquemment

⁹⁷ POTTER PATRICIA A. et PERRY ANNE G. *Soins infirmiers, théorie et pratique*. Editions ERPI. Chapitre 29 : le concept de soi. P. 746.

⁹⁸ Ibid, p.746.

reliée au jugement que porte une personne sur son efficacité à l'école, au travail ou dans d'autres situations. »⁹⁹

L'infirmière doit avoir conscience qu'une intervention chirurgicale peut changer le mode de vie d'une personne et par là affecter le sentiment qu'elle a de sa propre valeur¹⁰⁰. P. Potter, ajoute que, si l'infirmière manque de confiance en soi, elle aura plus de difficultés à faire du renforcement positif envers le patient. Pas question pour autant d'assimiler moins de confiance en soi à moins de compétence, bien sûr. Il n'en reste pas moins qu'une infirmière respirant la confiance en soi inspirera au patient un sentiment de sécurité, pour lui facteur de confort.

7.2.1.4. Les rôles

Les rôles se définissent par « un ensemble de comportements par lesquels une personne participe à un groupe social. Les rôles comportent les attentes et les normes de comportements acceptées par la société ou un groupe social. »¹⁰¹

L'élaboration des rôles et de leur compréhension est un processus¹⁰² à l'œuvre depuis la plus tendre enfance. Nous avons choisi de ne pas approfondir ici ce processus, car il n'est pas indispensable au développement de notre question centrale.

Dans la vie courante, les rôles sont nombreux et divers, de même que les attentes qui y correspondent. Il nous paraît important de signaler les agents stressants susceptibles d'affecter ces rôles. Durant notre existence nous connaissons un certain nombre de changements de rôle, trois, selon les auteures¹⁰³, ils trouvent leur origine dans :

- notre développement, ce sont les changements normaux entraînés par la croissance et la maturité,
- des situations, ils sont alors liés, entre autres, à la perte d'un être cher, de son travail, au mariage, à un déménagement,
- le passage de la santé à la maladie.

Les événements répertoriés sous ces trois items peuvent déboucher sur des conflits de rôle, des amphibologies¹⁰⁴ ou des tensions de rôles. Nous ne retiendrons que les tensions de rôles, situation nous apparaissant comme la plus intéressante, car susceptible de survenir dans toute vie professionnelle.

⁹⁹ POTTER PATRICIA A. et PERRY ANNE G. *Soins infirmiers, théorie et pratique*. Utilisation du chapitre 29 : le concept de soi. Editions ERPI. P. 747.

¹⁰⁰ Ibid, p.750.

¹⁰¹ Ibid, p.748.

¹⁰² Ibid, p.748. Cinq processus pour acquérir les comportements approuvés par la société : renforcement-extinction (comportements produits, puis évités), inhibition (apprend à éviter un comportement), substitution (remplacement d'un comportement par un autre), imitation (processus pour acquérir des connaissances et des compétences), identification (intégration du rôle et des convictions).

¹⁰³ POTTER PATRICIA A. et PERRY ANNE G. *Soins infirmiers, théorie et pratique*. Utilisation du chapitre 29 : le concept de soi. Editions ERPI. P. 751.

¹⁰⁴ Synonyme d'ambiguïté. *Le Robert, Trouvez le bon mot 125'000 synonymes*. Editions : Robert 2009, Nombre de pages : 613.

Suivant l'ouvrage des soins infirmiers, la fonction de malade implique des attentes de la part des autres, que ce soit des infirmières, ou la famille. Il est parfois difficile pour le malade d'arriver à gérer les attentes différentes des personnes qui gravitent autour de lui : il en résulte une tension au sein du rôle de malade. Ces diverses attentes deviennent source de stress et empêchent le patient de se recentrer sur lui et de recouvrer la santé au plus vite.

Dans l'optique du personnel soignant, nous tirons de ce qui précède certains enseignements. L'infirmière attend du malade qu'il soit un patient, mais aussi qu'il soit acteur de son hospitalisation. Il est important que l'infirmière, lors de l'accueil détermine à l'aide du recueil de données où en est la personne en tant que patient et comment elle conçoit ce rôle et qu'en établissant son plan de soins, elle tienne compte des capacités du patient et de son évolution au fur et à mesure de son hospitalisation.

7.2.1.5. *Effets du concept de soi de l'infirmière*¹⁰⁵

Pour bien soigner, il est indispensable de connaître les effets du concept de soi sur sa propre action ainsi que ses répercussions éventuelles sur les tiers. Puisque l'infirmière est « le premier modèle de rôle qui s'offre au client dont le concept de soi est altéré », elle doit être consciente de l'influence qu'elle peut avoir sur le patient. Dans chaque attitude, dans chaque parole, l'infirmière fait passer un message, positif ou négatif, au patient. Elle lui transmet ainsi qu'à ses proches ses attentes. Il importe donc qu'elle connaisse ses valeurs et ses principes lorsqu'elle prend en charge un patient. Si « elle est sûre de son identité, elle pourra plus facilement accepter et renforcer celle de son client »¹⁰⁶.

À ce propos, il convient de rappeler que lorsqu'un patient est hospitalisé à la suite d'une opération, son image corporelle subit des modifications (cicatrice, appareillages, amputation,...). Durant cette période, il ne peut plus exercer ses rôles habituels (parent, conjoint, employé,...) et doit s'adapter à son nouveau rôle de patient. L'estime de soi est mise à rude épreuve car le patient se meut dans un monde inconnu et doit faire face à d'importants changements. Son identité personnelle comme son identité sociale se trouvent brouillées du fait de l'hospitalisation.

Comme le dit P. Potter, « l'infirmière ne doit pas le juger ou le critiquer (...) elle doit plutôt fournir des informations ou l'aider à résoudre ses problèmes. Pour l'aider à retrouver une estime de soi positive, il est essentiel que l'infirmière accepte le comportement du client et son apparence (...) »¹⁰⁷

Revenons de manière plus concrète aux questions centrales de notre recherche : dans sa prise en charge, l'infirmière prend-elle en compte le fait que le patient est opéré pour la première fois ? Si elle-même a déjà subi une opération, cela a-t-il une influence sur sa façon de prendre en charge le patient ou sur ses attentes à l'égard de celui-ci ?

Une infirmière qui a déjà été opérée a vécu une perturbation au niveau de la conception de soi, un ébranlement au niveau des rôles. Elle peut donc avoir développé certaines

¹⁰⁵ POTTER PATRICIA A. et PERRY ANNE G. *Soins infirmiers, théorie et pratique*. Utilisation du chapitre 29 : le concept de soi. Editions ERPI. P. 753.

¹⁰⁶ Ibid, p.754.

¹⁰⁷ Ibid, p.742.

compétences émotionnelles qui l'amèneront à être plus réceptive, du fait, par exemple, d'une connaissance plus intime du rapport à la douleur. Nous citons le rapport à la douleur en précisant qu'il s'agit de la douleur en relation avec l'hospitalisation, car, bien entendu tout le monde a déjà ressenti de la douleur au sens large et l'infirmière qui a déjà été opérée ne présente à cet égard aucune différence spécifique.

Les capacités développées à partir d'expériences pénibles sont communément regroupées sous le vocable de résilience, sur lequel nous allons maintenant nous pencher.

7.2.2. Concept de résilience

Nous l'avons précisé plus haut, le concept de résilience fait partie intégrante du concept de soi. Nous avons délibérément choisi de ne pas l'utiliser en tant que concept indépendant. En effet, ce que nous recherchons chez les infirmières, ce sont des attitudes résilientes. Nous ne cherchons pas à savoir si elles sont résilientes ou non, à proprement parler : nous ne procéderons pas à une exploration complète et complexe de leurs expériences traumatisantes antérieures.

Nous estimons être en mesure d'établir des liens entre le concept de résilience et le vécu personnel des infirmières en rapport avec leur prise en charge, notamment du fait d'une perception autre de la réalité. Par exemple, nous formulons l'hypothèse qu'une infirmière ayant vécu un grand stress durant son hospitalisation développera une attitude résiliente, dont elle saura tirer profit dans sa pratique professionnelle. Nous pensons qu'elle fera preuve d'une réceptivité et d'une sensibilité différentes du fait de son vécu et que sa prise en charge du patient s'en trouvera modifiée.

En guide d'introduction, nous voulons citer un passage de l'ouvrage « *des vilains petits canards* », de Boris Cyrulnik¹⁰⁸, qui, à notre avis, illustre bien le concept de résilience.

« La métaphore du tricot de la résilience permet de donner une image du processus de la reconstruction de soi. Mais il faut être clair : il n'y a pas de réversibilité possible après un trauma, il y a une contrainte à la métamorphose. Une blessure précoce ou un grave choc émotionnel laissent une trace cérébrale et affective qui demeure enfouie sous la reprise du développement. Le tricot sera porteur d'une lacune ou d'un maillage particulier qui dévie la suite du maillot. Il peut redevenir beau et chaud, il n'est pas réversible.¹⁰⁹ »

Examinons cette métaphore, dans le contexte de notre recherche. L'infirmière travaille dans un milieu de soins et rencontre parfois des situations difficiles à vivre. Apprenant qu'elle va être opérée, peut-être revivra-t-elle certaines situations pénibles, génératrices d'anxiété. Qui plus est, nous le savons, une opération constitue un événement stressant pour la personne qui la subit. Selon ce qu'elle aura vécu durant son hospitalisation, l'infirmière aura été traumatisée ou du moins fortement marquée : il y aura une maille différente dans son tricot ! Cette situation l'obligera à mettre en place des mécanismes réparateurs. Comme Boris Cyrulnik le dit, il y aura une métamorphose « sous contrainte ».

¹⁰⁸ CYRULNIK BORIS. *Les vilains petits canards*. Editions Odile Jacob. 2001. Nombre de pages : 277.

¹⁰⁹ Ibid, p.147.

Pour clarifier encore cette notion, citons la définition qu'en donne Marie Anaut¹¹⁰, professeure en psychologie :

« Processus impliquant l'adaptation positive dans le cadre d'une adversité significative. Du point de vue psychologique, la résilience se révèle face à des stress importants et /ou cumulés, des contextes à valeur traumatique. (...) processus multifactoriel issu de l'intégration entre l'individu et son environnement. Il en résulte des formes de résilience spécifiques résultant d'un processus dynamique et évolutif qui est propre à chaque sujet ».

Cette description plus scientifique et moins imagée que celle de Boris Cyrulnik, complète notre vision. Il est donc question d'un processus qui évolue tout au long de la vie : une personne n'est pas immuablement résiliente. Cette capacité se modifie au fil des événements qui surviennent dans l'existence.

Il convient de préciser que, selon Marie Anaut¹¹¹, chaque personne possède des facteurs personnels de résilience, qui peuvent l'aider à surmonter le traumatisme. Au nombre de ceux que propose cette auteure, nous n'avons retenu que les facteurs pertinents dans la perspective de notre étude.

- Les habiletés de résolution de problèmes

Face à une plainte particulière du patient, l'infirmière, si elle a vécu la même situation, saura le conseiller au mieux. Certes, il y a le risque que l'infirmière généralise son expérience et ne soit plus à l'écoute des besoins spécifiques du patient.

- La capacité de distanciation face à un environnement

Si l'infirmière rencontre une situation difficile à laquelle elle a déjà été confrontée, son angoisse sera moindre, voire nulle. Au contraire, ses interventions infirmières seront adéquates grâce à l'aisance acquise à travers son vécu.

- L'empathie

Etant donné qu'elle l'aura vécu, l'infirmière affrontera aisément telle situation. Il lui sera plus facile de se mettre à la place du patient et de comprendre ce qu'il ressent.

- L'altruisme

On est ici proche de l'empathie. L'altruisme suppose que le patient n'a pas affaire à une professionnelle impersonnelle, mais à une infirmière sympathique, chaleureuse et authentique.

Au vu de ce qui précède, nous pouvons conclure que l'infirmière dotée de résilience s'enrichit d'aptitudes et de compétences nouvelles, directement utiles dans sa pratique professionnelle quotidienne.

¹¹⁰ ANAUT Marie. « La résilience ». *Recherche en soins infirmiers* n°82. septembre 2005. Numéro spécial, Publication ARSI. Pages 4 et 7.

¹¹¹ Ibid, Pages 4 et 7.

8. METHODOLOGIE

La méthodologie exposée ici, bien qu'élaborée spécifiquement pour cette étude, présente inévitablement des analogies avec celle adoptée par Karine : nous devinons, en effet, nous concerter à la fois pour l'élaboration de la grille d'entretien et pour la réalisation de notre enquête sur le terrain.

Ma recherche de type qualitatif, s'inscrit dans le paradigme socio-constructiviste. Au moyen d'entretiens semi-directifs, je récolte des données dans le but d'explorer l'influence du vécu des infirmières sur leur pratique professionnelle. En outre, je sonde aussi les enquêtées afin de voir si il y a une différence dans leur prise en charge lors d'une première hospitalisation. Il y a donc bien une construction entre mes expériences, mes connaissances et les informations reçues de tierces personnes. Il m'a semblé judicieux d'utiliser cette méthode, car notre thème touche à l'expérience tant professionnelle que personnelle du soignant. D'autre part, une recherche qualitative permet une approche en profondeur des phénomènes humains.

En quoi consiste la méthode par entretiens semi-directifs, quels en sont les avantages, les limites et le déroulement, c'est ce que nous allons voir maintenant.

8.1.L'OUTIL D'INVESTIGATION

L'entretien semi-directif¹¹² a été choisi dans le but de répondre à la question centrale de ma recherche, à savoir : quand un patient est admis en préopératoire, dans un service de chirurgie générale, pour la première fois, quelles actions spécifiques les infirmières mettent-elles en place lors de l'accueil? Dans une telle situation, constate-t-on une différence quant à la prise en charge entre une infirmière ayant déjà subi une opération et une infirmière qui n'a jamais été opérée ?

La grille d'entretien a été élaborée en concertation avec Karine : à nos yeux la complémentarité de nos approches l'exigeait. Les questions visent les outils utilisés, l'accueil d'un patient pour une première opération, l'utilisation des diagnostics infirmiers, etc. Nous avons retenu neuf questions communes, sans compter les relances. Ces questions portent évidemment sur les attitudes et le comportement des infirmières par rapport à la prise en charge d'un patient lors d'une première opération. Nous y avons, chacune de son côté, ajouté des items différenciés¹¹³, orientés spécifiquement sur les axes de nos recherches respectives et sur notre propre échantillon. Pour ce qui est de mon étude, les questions s'articulaient donc autour du fait que les infirmières de l'échantillon n'avaient jamais été opérées : il s'agissait de savoir si, à leur avis, leur vécu avait une influence sur leur pratique infirmière.

¹¹²Annexe n° V, vous trouverez ma grille des entretiens semi-directifs utilisés lors des entretiens.

¹¹³Annexe n° VI : vous trouverez la grille des entretiens semi-directifs de Karine, cela à titre purement informatif.

8.1.1. Avantages des entretiens semi-directifs

La méthode par entretien semi-directifs permet d'interagir avec les enquêtées, ce qui est capital ici puisque je m'intéresse à la réalité de ces professionnelles. Je peux, de la sorte, établir un recueil de données de ce que les participantes souhaitent partager avec moi. Jean-Claude Kaufmann dit : « Les gens nous racontent parfois des histoires, loin de la réalité, non parce qu'ils mentent à l'enquêteur, mais parce qu'ils se racontent eux-mêmes une histoire à laquelle ils croient sincèrement, et qu'ils racontent à d'autres qu'à l'enquêteur, l'histoire qui donne sens à leur propre vie. C'est une fable nécessaire, d'autant plus vécue avec sincérité qu'elle construit les cadres de l'action. »¹¹⁴ Ce passage met en lumière la complexité de l'être humain : de fait, chacun se crée sa propre réalité. Pour ma part je me baserai sur ce qui est dit, sans chercher à interpréter les déclarations des enquêtées.

8.1.2. Limites des entretiens semi-directifs

Les limites de la méthode se confondent, en l'occurrence, avec les limites de l'enquêtrice. Etant donné qu'il s'agit d'une recherche de niveau initial, j'étais novice dans la façon de mener les entretiens semi-directifs. En particulier, il n'a pas toujours été aisé d'utiliser au bon moment les relances et les reformulations. En conséquence, il est possible que certaines questions aient quelque peu manqué de clarté pour les enquêtées¹¹⁵.

8.2. ECHANTILLON

Notre échantillon global a été déterminé par l'objectif de notre recherche, à savoir distinguer si le vécu personnel de l'infirmière a une influence sur la prise en charge du patient. La répartition de cet échantillon a été décidée en fonction de notre vécu. Karine a déjà été hospitalisée et possède, de ce fait, une expérience en tant que cliente moi pas : elle a donc interrogé les infirmières ayant été opérées, et moi les infirmières n'ayant jamais été opérées. Tel a été le critère appliqué, dans le but de nous permettre d'intégrer dans notre analyse nos propres expériences et nos ressentis respectifs avec le plus de pertinence.

8.2.1. Type et taille de l'échantillon

Nous avons effectué notre recherche dans deux services de chirurgie, auprès de seize infirmières, soit huit chacune. En réalité, les deux sous-échantillons étaient composés de sept infirmières et d'un infirmier. Mon échantillon n'était pas homogène et dans mon analyse il n'y aura pas d'effet de genre.

J'ai constitué cet échantillon en utilisant la technique de la « boule de neige » ou cumulatif : j'ai pris contact avec des infirmières, en l'occurrence les différentes ICUS, lesquelles ont informé leurs équipes. L'échantillonnage a été élaboré « par critères¹¹⁶ » car il repose sur

¹¹⁴ KAUFMANN JEAN CLAUDE. *L'entretien compréhensif*. Editions Nathan Université. Paris. 1996. Page 68.

¹¹⁵ Se référer au chapitre 8.5 : limite de la recherche.

¹¹⁶ LOISELLE CARMEN G. et PROFETTO-MCGRATH JOANNE. *Méthodologie de recherche en sciences infirmières approches quantitatives et qualitatives*. Canada Editions du renouveau pédagogique. 2007. Page 277.

l'étude de cas répondant à des critères d'importance et prédéterminés. » Ici le critère prédéterminé d'intrusion est le fait que l'infirmière a été opérée ou non. Mon échantillon comprenait des infirmières n'ayant pas le même nombre d'années de pratique en chirurgie, ce qui peut aussi avoir une influence sur les réponses obtenues. Voici les deux groupes d'infirmières choisis :

- Les infirmières ayant vécu personnellement une première opération en chirurgie générale¹¹⁷.
- Les infirmières n'ayant jamais été opérées en chirurgie¹¹⁸.

8.3. LES PRE-TESTS

Pour l'élaboration de nos pré-tests, Karine et moi avons ciblé deux hôpitaux du Valais. Ils nous ont permis d'évaluer la qualité ainsi que la validité de nos questions d'entretien.

Il nous a paru préférable d'effectuer les pré-tests dans des hôpitaux autres que ceux où étaient prévus les entretiens, cela afin d'éviter les biais.

Pour les pré-tests, Karine et moi avons désiré être les deux présentes, en accord avec la personne interrogée, afin de s'auto-évaluer mutuellement. Tandis que l'une observait, l'autre menait l'entretien : à la fin de l'échange, nous mettions en commun nos remarques pour nous améliorer en tant qu'enquêtrice.

A notre grande surprise, les deux premiers pré-tests ont eu une durée de cinq à sept minutes. Suite à ces entretiens, nous avons réajusté nos questions et avons décidé de faire un troisième pré-test qui nous a permis de vérifier la correction des questions et si de nouvelles modifications étaient nécessaires. Nous avons trouvé nécessaire de refaire un pré-test car il y avait beaucoup de modifications à apporter et nous souhaitions voir si la compréhension de nos questions était meilleure. Et, effectivement, il y avait encore quelques transformations à faire car les questions n'étaient pas encore assez précises.

8.4. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Dans ce chapitre je vais traiter du déroulement de mes entretiens ainsi que des limites que j'ai rencontrées.

En décembre, Karine et moi avons contacté l'infirmière cheffe du département de chirurgie afin de l'informer de notre thème. Spontanément, elle nous a proposé de contacter les ICUS des deux services qui nous intéressaient et de leur transmettre les informations. Nous avons fixé deux dates où nous irions dans les services afin de prendre contact avec les ICUS.

¹¹⁷ Ces infirmières ont été interrogées par Karine.

¹¹⁸ Ces infirmières ont été interrogées par moi-même.

Lorsque nous avons appelé les ICUS pour les avertir de notre passage, elles n'avaient pas été exactement informées du thème de notre mémoire. Karine et moi-même avons décidé de passer dans les services afin de leur expliquer notre recherche.

Lors de la prise de contact avec les infirmières cheffes, nous étions les deux présentes afin de pouvoir chacune exprimer nos souhaits quant à l'échantillon.

Les deux infirmières cheffes nous ont dit que c'était tout à fait possible de trouver l'échantillon souhaité. Avec les responsables, j'ai fixé, en fonction des disponibilités du service et de moi-même, des dates et des heures pour les entretiens. Au départ de chaque entretien, j'ai donné une lettre¹¹⁹ d'information destinée aux enquêtées, laquelle expliquait notre travail de recherche ; de plus, les enquêtées recevaient à signer la lettre de consentement éclairé¹²⁰. Pour compléter ces informations, je donnais une brève explication supplémentaire concernant notre travail Bachelor et leur demandais de m'interrompre si elles avaient des questions. Le 12 janvier 2009 j'ai mené mon premier entretien : tout s'est bien passé, j'étais dans de bonnes conditions. Je m'explique : la pièce où s'est déroulé l'entretien était fermée, nous n'étions pas dérangées. Par la suite, ça n'a pas toujours été le cas, je n'ai pas toujours eu la possibilité de conduire mes entretiens au calme. Malgré quelques imprévus, j'ai pu obtenir des informations intéressantes pour ma recherche. L'entretien le plus court a duré environ dix minutes et le plus long quinze minutes ; en moyenne, ils ont duré environ douze minutes. Sans prétendre avoir fait le tour de la question, j'ai néanmoins eu l'impression, lors des derniers entretiens, de ne plus récolter d'éléments nouveaux.

8.5. LIMITES DE LA RECHERCHE

Malheureusement, j'ai eu de la difficulté à trouver des infirmières n'ayant jamais été opérées, d'où le nombre restreint de rendez-vous : il a fallu que je me rende à plusieurs reprises dans les services pour voir s'il y avait des professionnels répondant aux critères souhaités. Je pensais que le fait d'avoir anticipé par du courrier et des téléphones aurait facilité les démarches sur le terrain. A vrai dire, j'ai vraiment dû relancer les différents services et passer à plusieurs reprises afin d'obtenir le nombre de participantes souhaitées. En outre, le personnel infirmier, surchargé de travail, bien souvent n'arrivait pas à se libérer aux heures convenues. Il est arrivé que je vienne à l'heure fixée pour l'entretien et que l'enquêtée prévue ne soit pas au courant qu'elle allait participer à ma recherche. Il s'est aussi produit que l'infirmière ayant dû changer d'horaire ne puisse plus être présente à l'entretien. Malgré ces quelques contretemps, j'ai réussi à questionner mes huit infirmières. Lors d'un entretien, il est apparu que l'enquêtée avait déjà été hospitalisée, mais jamais opérée. Cet incident est une des limites que j'ai pu rencontrer. Une autre limite est que je me suis malencontreusement trompée lors de la lecture de ma grille de question, y intégrant par inadvertance une question spécifique de Karine¹²¹.

¹¹⁹ Annexe n° III.

¹²⁰ Annexe n° VII.

¹²¹ Cette question est : « A votre avis, cette expérience vous permet-elle d'être plus réceptive émotionnellement dans certaines situations pour adapter votre prise en charge à votre patient ? ». Elle sera toutefois gardée pour l'analyse.

Au cours des huit entretiens, j'ai été interrompue deux fois par des patients, alors que quatre fois je me suis retrouvée dans un milieu bruyant.

L'enquête m'a donné le sentiment que les professionnelles avaient été très motivées par les ICUS pour participer à notre recherche. Une autre limite que j'ai relevée est le manque de temps, car il m'a été difficile de respecter mon planning. Je suis consciente que le fait d'avoir interrogé des infirmières sur trois semaines peut amener des biais.

Mon objectif était d'effectuer les entretiens sur une semaine. Je les ai commencés le 12 janvier 2009 pour terminer le 28 janvier 2009. Cet élément pourrait générer des biais du fait que certaines infirmières ont pu discuter entre elles et ainsi réfléchir à la thématique.

8.6. PRINCIPES ETHIQUES

Nous avons choisi de respecter les principes éthiques destinés à protéger les enquêtées. Nous les exposons en nous appuyant sur l'ouvrage utilisé au cours de méthodologie de recherche¹²².

Respect de la dignité humaine¹²³

Par là, nous entendons notamment le fait de penser à l'autonomie des personnes interrogées. Nous avons respecté ce principe dans la mesure où chaque infirmière avait la possibilité, à tout moment, de se retirer de la recherche et cela lui a été précisé au début de l'entretien.

Respect du consentement libre et éclairé¹²⁴

Les infirmières n'ont pas été informées clairement à ce propos par l'infirmière cheffe, en dépit de la demande que nous avons formulée dans ce sens. Avant chaque entretien, nous avons donc pris le temps d'expliquer aux infirmières en quoi consistait notre recherche, en leur laissant le choix de participer ou non. Toutes ont reçu, en début d'entretien, un formulaire de consentement éclairé ainsi qu'une lettre explicative concernant notre recherche. Toutes les infirmières l'ont signé et aucune ne s'est retirée de la recherche. À la fin de l'entretien, nous leur avons demandé comment elles se sentaient, si elles avaient des choses à rajouter, et de nouveau si elles voulaient se retirer et si nous pouvions utiliser les données.

¹²² LOISELLE CARMEN G. et PROFETTO-MCGRATH JOANNE. *Méthodologie de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Editions du renouveau pédagogique. Canada. 2007. Nombre de pages : 591.

¹²³ « Ce principe vise à protéger les intérêts des participants, qu'il s'agisse de leur intégrité physique, psychologique ou culturelle. » Ibid p.93.

¹²⁴ « un principe de déontologie qui exige des chercheurs qu'ils obtiennent la participation volontaire des sujets après les avoir informés des risques et des avantages éventuels. » Ibid, p.94.

Respect de la vie privée et des renseignements personnels¹²⁵

Au début des entretiens, nous avons précisé aux infirmières interrogées que les données seraient détruites au plus tard en décembre 2009. Nous n'avons imprimé aucun document, afin de ne pas garder de traces écrites des éléments personnels des participantes. Les bandes ont été enregistrées sur l'ordinateur, puis détruites. Durant l'analyse, nous n'avons pas utilisé les éléments personnels permettant d'identifier l'une ou l'autre infirmière.

Respect de la justice et du principe de l'inclusion¹²⁶

Comme indiqué précédemment, nous avons réparti les infirmières interrogées en deux groupes : celles n'ayant jamais été opérées et celles ayant déjà subi une opération. Nous avons demandé aux ICUS de sélectionner des infirmières dans leur service. Notre échantillon s'est constitué selon le principe de « boule de neige. » Il n'y a donc eu aucune inégalité : aucune infirmière n'a été refusée non plus car toutes celles que l'on nous a proposées répondaient aux exigences de notre recherche. Ici on parle aussi de fragilité : nous précisons que nous n'avons pas tenu compte de cet aspect. Car nous ne pensons pas que d'avoir déjà été opérée constitue une situation fragile et que l'infirmière serait de ce fait plus vulnérable.

Equilibre des avantages et des inconvénients^{127, 128}

En ce qui concerne la bienfaisance, lorsque nous avons exposé nos motivations, puis la problématique, nous avons ressorti les aspects positifs de la recherche. Nous n'avons identifié aucun aspect susceptible de s'avérer négatif ou de porter préjudice aux infirmières interrogées.

Certaines de nos questions d'entretien portent sur le fait de savoir si l'infirmière a déjà été opérée ou si cette expérience l'a aidée à être plus sensible. Toutefois, nous ne lui demandons pas de nous expliquer son expérience personnelle ni ne cherchons à entrer dans son intimité. Il est arrivé qu'elles nous racontent leur première opération : nous l'avons entendu, mais n'avons pas utilisé ces données pour l'analyse. En effet, notre but n'est pas tant d'analyser leur expérience que de savoir ce qu'elles en ont fait, dans quelle mesure ce vécu a influencé leur prise en charge.

Après avoir expliqué comment nous avons appliqué les principes éthiques, nous allons maintenant décrire la méthodologie adoptée par chacune d'entre nous en vue de l'analyse.

¹²⁵ « Presque tous les travaux de recherche portant sur des êtres humains constituent une intrusion dans la vie personnelle des participants » Ibid, p.96.

¹²⁶ « Le principe de la justice touche l'équité et l'égalité. (...) La sélection des participants doit se faire selon les exigences de la recherche, et non pas en fonction de la vulnérabilité de certaines personnes ou de la situation fragile dans laquelle se trouvent celles-ci. » Ibid, p.96.

¹²⁷ « La bienfaisance est un principe lié à la répartition équilibrée des avantages et des inconvénients. Ce principe exige des chercheurs qu'ils maximisent les avantages nets. » Ibid, p.97.

¹²⁸ « La non-malfaisance, c'est-à-dire le devoir des chercheurs de prévenir ou d'atténuer les inconvénients pour les sujets, est un principe connexe. Les participants ne doivent pas être exposés à des risques inutiles de dommages ou de malaises (...) les dommages ou les malaises peuvent prendre plusieurs formes : ils peuvent être physiques, émotionnels, sociaux ou financiers. ¹²⁸ » Ibid, p.97.

8.7.METHODOLOGIE DE L'ANALYSE

Voici comment j'ai procédé. Dans un premier temps, j'ai retranscrit intégralement tous les entretiens, en m'appliquant à relever l'ambiance prévalant dans les conversations. J'ai aussi mis en évidence les éléments contextuels significatifs, comme le fait, par exemple, d'avoir été interrompue ou non. J'ai précisé si je m'entretenais avec une infirmière ou un infirmier. J'ai aussi souhaité indiquer dans quel type d'endroit l'entretien s'est déroulé.

Pour le dépouillement des données, j'ai retranscrit la question centrale de recherche. J'ai spécifié les objectifs en lien avec les questions et les concepts choisis. Pour terminer, j'ai noté les éléments particuliers et significatifs qui ont été cités par les enquêtées durant l'entretien.

Maintenant, pour analyser les données obtenues, je vais mettre en relation les différentes données des personnes entre elles. Trois parties traiteront les trois objectifs. Pour commencer je procéderai à une analyse descriptive ; j'y insérerai des corpus d'entretien afin d'illustrer les propos des participantes. En fin de chaque description, je relèverai les points clés des réponses en vue de faciliter l'établissement de liens avec les concepts. Dans chaque partie, j'identifierai les relations entre les données des enquêtées avec les concepts, les objectifs et les hypothèses. Tout au long de l'analyse, je ferai des liens personnels en regard de la matière. J'élaborerai une synthèse en faisant référence à ma question de recherche et aux informations récoltées.

9. ANALYSE

9.1. LES OUTILS UTILISES LORS DE LA PRISE EN CHARGE

Les sept premières questions concernent mon premier objectif.

Voici les questions concernant mon premier objectif qui est celui de mettre en évidence les outils utilisés de manière formelle lors d'une prise en charge infirmière pour une première opération au sein de ce service. Ces outils seront inventoriés à l'aide des témoignages infirmiers.

Pour approfondir notre recherche et faire des liens entre les entretiens semi-directifs et le cadre théorique, nous avons retenu deux concepts en rapport avec ces questions. Il se peut que, suivant les données obtenues, d'autres concepts du cadre conceptuel apparaissent.

Le premier est le concept d'anxiété et le second est le concept de crise.

1. Pouvez-vous m'expliquer comment vous organisez l'accueil (relation) d'un patient qui rentre dans votre service pour une opération ?

Des huit entretiens, il ressort que six participantes déclarent se présenter d'office, « *je me présente, je dis mon prénom (...)*¹²⁹ », qu'elles montrent les lieux « *(...) on l'installe en chambre, on lui montre tout (...)* », qu'elles expliquent leur rôle au sein de l'hôpital « *en disant que je suis infirmière (...)* ». Une participante observe que le patient sera stressé, angoissé « *le patient est stressé, angoissé, pose plein de questions, ... alors j'adapte ma prise en charge (...).* »

Les points clés : se présenter, montrer les lieux, installer le patient, expliquer son rôle au sein de l'hôpital.

2. Quels moyens avez-vous pour savoir si un patient est opéré pour la première fois ?

Deux participantes partent du principe qu'il faut faire un recueil de données soit en posant la question directement au patient soit en prenant les informations dans le dossier médical afin de connaître des antécédents « *(...) c'est à nous de faire le recueil de données (...)* ». Trois d'entre elles posent spontanément la question au patient « *on lui pose la question* », et trois autres se réfèrent aux dossiers médicaux « *(...) on a le dossier, on sait ses antécédents, si ils*

¹²⁹ Désormais, tous les éléments entre guillemets et en italiques sont des extraits de corpus des entretiens semi-directifs que j'ai effectués avec des infirmières.

ont déjà été opéré ou non (...). » Mais une infirmière dit « (...) dans le dossier, ça ne ressort pas automatiquement, il n'y a pas une case précise dans le dossier qui dit : première hospitalisation, c'est à nous de le chercher. » De ces données, un élément ressort, c'est le fait que le bénéficiaire de soins qui vient pour la première fois en parle volontiers, de sa propre initiative « (...) les patients le disent spontanément, ils disent c'est la première fois que je suis hospitalisé (...). »

Les points clés : recueil de données, demander au bénéficiaire de soins s'il a été opéré, consulter le dossier médical, témoignage du patient.

3. A votre avis, est-ce important de le savoir ?

A l'unanimité, les participantes ont répondu qu'il est important de le savoir. « (...) oui ça a son importance quelqu'un qui a déjà été opéré même si c'est une autre opération il sait comment fonctionne l'hôpital, il connaît la salle d'opération alors que le patient qui vient pour la première fois est vraiment dans l'inconnu total, en plus de l'angoisse de son opération il a l'angoisse de l'inconnu (...) ». Elles partent du principe que cela peut aider à comprendre le comportement du patient.

Le point clé : primordial d'être au courant que c'est la première opération

4. Selon vous, est-ce nécessaire de différencier la prise en charge ?

Il y a deux participantes sur les huit qui pensent que ce n'est pas nécessaire de différencier sa prise en charge, car elles s'adaptent toujours en fonction de la personne « *personnellement non, mais je pense qu'une personne qui n'a jamais été hospitalisée a besoin d'autres informations relativement à une personne qui a déjà été opérée, la prise en charge, je pense que c'est la même* ». Les six autres enquêtées pensent que c'est nécessaire de différencier sa prise en charge « *généralement quand c'est la première fois, le patient est assez anxieux donc c'est lui-même qui va chercher à nous solliciter pour savoir comment ça va se passer (...)* ». Il y a, dans les données recueillies, la notion d'angoisse et d'état anxieux que le patient peut ressentir, de plus il y a un enquêté qui relève la notion de temps pour une meilleure prise en charge « *ça pourrait être intéressant de pouvoir prévoir un peu plus de temps, de faire une pré-hospitalisation, (...)* ».

Les points clés : adapter sa prise en charge au patient, important de différencier sa prise en charge, prendre du temps,

5. Ce fait a-t-il une influence dans l'adaptation de votre prise en charge, si oui de quelle manière ?

Dans les différentes réponses des enquêtées, toutes trouvent qu'il y a une influence dans l'adaptation de la prise en charge si le patient est opéré pour la première fois « (...) je pense, on risque d'être plus à l'écoute, d'expliquer plus, de passer plus de temps (...) ». Quatre ont souligné l'importance qu'il y a de donner de bonnes explications « *j'explique plus, plus en détail* ». Toutes disent primordial de prendre le temps d'écouter et d'échanger avec le patient.

La communication doit être présente dans la prise en charge. Il y a de nouveau une notion d'angoisse, l'enquêtée donnait comme technique de rebondir par rapport aux craintes du bénéficiaire de soins, à ses angoisses, en l'occurrence.

Les points clés : écouter, prendre plus de temps, donner plus d'explication.

6. Selon vous, le patient a-t-il des besoins ou des demandes plus spécifiques qu'un autre patient ?

Les réponses sont partagées, quatre enquêtées sont de l'avis que le patient a des demandes plus spécifiques, car il ne connaît pas le déroulement hospitalier « *je pense qu'il aura plus de questions quant au déroulement, aux détails de l'organisation (...).* » Tandis que les quatre autres ne pensent pas que le bénéficiaire de soins a des besoins ou des demandes plus spécifiques, car elles partent du principe que c'est propre à chaque patient « *tout dépend de la personne, (...).* »

Les points clés : le bénéficiaire de soins a plus de question, ne connaît pas le déroulement, tout dépend de la personne.

7. Quels moyens relationnels mettez-vous en place pour répondre à ses besoins spécifiques ?

Toutes les enquêtées citent la communication, la relation d'aide, la reformulation, les entretiens, l'enseignement. Certaines relèvent le fait que chacun est différent et qu'il faut s'adapter en fonction du patient « *tout dépend de l'opération, tout dépend de comment il a été pris en charge par le chirurgien, ce qui lui a été expliqué et comment il voit son opération.* » Il n'y a pas un moyen relationnel type pour ces situations. De nouveau, la notion de temps est mise en avant.

Les points clés : communication, relation d'aide, reformulation, entretiens, enseignement, temps.

9.1.1. Lien entre les concepts et les réponses des enquêtées

Dans cette première partie, les réponses des enquêtées soulignent l'importance de l'accueil et de la communication lors d'une prise en charge infirmière pour une première hospitalisation au sein du service. La dimension de l'accueil apparaît dans les différentes données obtenues. Je peux faire un lien avec la définition que donne Monique Formarier de l'accueil: « L'ouverture du lien social, ritualisé avec et par des automatismes sociaux et culturels »¹³⁰. En effet, l'ouverture du lien social consiste ici dans le fait de faire connaissance avec le patient, le fait aussi de recueillir des données le concernant, par exemple. En ce qui concerne le patient, l'ouverture du lien social lui est imposée en raison de son hospitalisation. Il est à

¹³⁰ FORMARIER MONIQUE. « Approche du concept d'accueil, entre banalités et complexité ». *Recherche en soins infirmiers* n°75. Décembre 2003. Pages 15 à 20.

mon avis important de laisser du temps au patient afin qu'il puisse apprivoiser cette nouvelle situation et trouver ses nouveaux repères. La suite de la définition dit : « (...) ritualisé avec et par des automatismes sociaux et culturels »¹³¹, comme par exemple le fait de se présenter par son nom et sa fonction. Ces façons de procéder peuvent se retrouver dans la vie courante.

Il est tout à fait concevable que, dans une autre culture, on procédera différemment. C'est pourquoi il serait, à mon avis, enrichissant de se renseigner sur les bases des différentes coutumes afin de ne pas commettre d'impair. Toutefois, le temps peut être une limite de l'accueil. Par rapport aux informations obtenues, je peux aussi faire référence aux deux prérequis posés par Monique Formarier. D'abord, « reconnaître le patient comme partenaire dans la relation »¹³² : je remarque que les infirmières se présentent par leur nom et leur rôle au sein de l'hôpital, elles familiarisent le patient au lieu, etc. Cette façon de procéder réduit le stress du patient, l'amène à se sentir bien dans ce milieu hospitalier et ainsi lui permet d'interagir plus sereinement dans le contact infirmière-patient. Ensuite, « la distance relationnelle dans les soins »¹³³ : cet élément est ressorti dans un entretien, lorsque l'infirmière dit qu'elle laisse au patient le temps de s'installer et qu'elle intervient plus tard dans la relation. Cette manière d'agir de l'infirmière est une forme de respect quant à l'initiative du bénéficiaire de soins. Dès qu'il se sera accoutumé au milieu, la relation pourra débuter. De plus si je fais référence aux trois étapes de l'accueil¹³⁴, les infirmières démontrent qu'elles font en sorte que le patient soit mis à l'aise dans ce nouveau milieu. Elles établissent un recueil de données et adaptent leur prise en charge en fonction des besoins du patient.

Dans le concept de communication développé plus haut, nous avons exposé certains principes d'Hildegard Peplau¹³⁵. Dans la présente analyse, je vais y faire référence. Le premier principe dit : « avec un peu d'attention et d'observation, la plupart des choses importantes qui affectent une personne peuvent être étudiées, expliquées, comprises... »¹³⁶. Dans les réponses récoltées, je note l'importance que les professionnelles rattachent au fait d'être attentives, de répondre aux différentes questions des patients. Les participantes mentionnent qu'il est primordial de procéder à une anamnèse, à l'établissement d'un recueil de données. C'est ainsi que certaines se renseignent sur le fait que c'est la première opération ou non. Les participantes utiliseront les différentes étapes définies par Virginia Henderson¹³⁷, afin

¹³¹ FORMARIER MONIQUE. « Approche du concept d'accueil, entre banalités et complexité ». *Recherche en soins infirmiers n°75*. Décembre 2003. Page 15.

¹³² Ibid, p.17

¹³³ Ibid, p.17

¹³⁴ Ces trois étapes sont : 1.sécuriser la personne accueillie, 2.connaître la personne, 3.adaptation de la personne à sa situation et à son environnement.

¹³⁵ PHANEUF MARGOT. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. 2002 les Editions de la Chenelière inc., p.12.

¹³⁶ Ibid, p.12-13.

¹³⁷ Projet de soins infirmiers ou Démarche de Soins infirmiers Virginia Henderson :

« Individualiser les soins, évaluer les problèmes tant psychosociaux que physiques de l'homme et l'aider à les résoudre, mettre en valeur la science des soins par opposition à l'art de soigner, faire valoir le droit des infirmières à une fonction unique, professionnelle et indépendante »

Selon Doenges et Moorhouse, elle constitue la clé de voûte des interventions infirmières, car il s'agit d'une méthode efficace d'organisation de la pensée pour la prise de décision clinique et la résolution de problème. La démarche de soins infirmiers exige l'acquisition de certaines habiletés :

1. Evaluation initiale et évaluations subséquentes (collecte systématique de données sur le patient et sa situation) ;
2. Formulation d'un diagnostic infirmier (analyse et interprétation des données) ;
3. Formulation des résultats escomptés et choix de solutions (planification) ;

d'adapter au mieux leur prise en charge. Un deuxième principe dit : « ...l'infirmière doit recueillir des informations non seulement sur les difficultés auxquelles elle est confrontée, mais aussi sur ses ressources,... »¹³⁸ : les enquêtées parlent des difficultés que le patient va rencontrer, mais pas de ses ressources. Je pense que les ressources ne sont pas encore exprimées, car le climat de confiance n'est pas encore établi entre le soigné et la soignante. L'accueil se fait dans un temps restreint : il se peut que le patient soit insécurisé et donc peu enclin à se confier. Un autre aspect, qui a aussi toute son importance est la culture ; selon son origine le patient, ne sera pas habitué à parler de lui ou de ses ressentis. Mais il est évident que connaître les ressources du patient dont on s'occupe est un atout supplémentaire pour l'infirmière. La professionnelle saura à qui elle s'adresse ou ce qu'elle peut envisager de proposer au patient pour qu'il se sente mieux : il sera un partenaire de soins.

Suivant un troisième principe « Chacun des contacts de l'infirmière avec la personne soignée recèle des possibilités de compréhension de ses besoins et de ses difficultés,... »¹³⁹. Voilà mise en évidence l'importance de communiquer pour comprendre les besoins du patient ainsi que les difficultés qu'il peut rencontrer. L'infirmière pourra adapter sa prise en charge en fonction des cas. Les enquêtées notent l'importance de la communication, la relation d'aide, la reformulation, les entretiens, l'enseignement lors d'une première hospitalisation. Je puis ici me référer au cinquième principe de la communication : « la présence, l'écoute et la parole de la soignante, qui favorisent chez la personne soignée l'évolution et la capacité de prise en charge de sa santé physique et mentale,... »¹⁴⁰. Ce principe demande que l'infirmière établisse une relation de confiance avec le patient de manière à pouvoir échanger avec lui sur des thèmes importants. Ces différentes notions se retrouvent dans les réponses reçues : les enquêtées déclarent accorder du temps au patient, être à son écoute.

L'étude du concept de communication fait ressortir la relation d'aide. Les participantes affirment utiliser ce moyen, mais elles n'expliquent pas comment elles procèdent. J'émet l'hypothèse que, dans une situation de première hospitalisation, les professionnelles aident le patient à exprimer ses ressentis. Elles s'accordent du temps pour communiquer avec lui et l'écouter. La notion de prise de temps est une attitude importante que les soignantes utilisent lors d'une première opération. Comme on l'a vu plus haut, « la relation d'aide va permettre au patient de mieux comprendre sa situation, de mieux l'accepter... »¹⁴¹. Par ailleurs les informations obtenues grâce aux attitudes qui composent la relation d'aide serviront à constituer un recueil de données.

Un des moyens que les enquêtées disent employer est la communication : en utilisant celle-ci, elles accèdent à de nouvelles données. Un élément dont elles peuvent avoir connaissance grâce à cet outil est la notion d'angoisse et d'anxiété, qu'elles relèvent dans certaines de leurs réponses. La plupart des participantes affirment prendre du temps pour répondre aux

4. Mise en application du plan (interventions infirmières) ;

5. Appréciation de l'efficacité du plan et modification du plan en fonction des nouveaux besoins (évaluation).

Bien que chaque étape soit définie séparément, elles sont toutes reliées dans la pratique et forment une boucle ininterrompue de réflexion et d'action.

¹³⁷ Formel : « dont la précision et la netteté excluent toute méprise, tout équivoque ».

¹³⁸ PHANEUF MARGOT. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. 2002 les Editions de la Chenelière inc., p.12.

¹³⁹ Ibid, p.12-13.

¹⁴⁰ Ibid, p.12.

¹⁴¹ Ibid, p.320.

questions des patients afin qu'ils se sentent dans de bonnes conditions. J'en déduis donc que les patients ont beaucoup de questions, ce qui peut être un signe d'inquiétude. Selon la définition de l'anxiété que donne Spilberger : « l'anxiété se révèle par une tension, une appréhension... »¹⁴². Je pense qu'il est possible que cette appréhension se traduise en questions exprimées par les patients. Lorsqu'un patient vient pour la première fois dans un hôpital, tout est nouveau pour lui, que ce soit au niveau du contexte ou au niveau organisationnel de l'institution. Si je reprends une partie de la définition de Spilberger : « Il souligne que l'anxiété se révèle par une tension, une appréhension ou un malaise résultant de l'anticipation subjective d'un danger imminent, de source inconnue ou non reconnue par la personne... »¹⁴³. Cette définition met en lumière le fait que le patient peut être stressé en raison de l'anticipation de son opération ou le fait d'être face à la situation inconnue qui est d'être hospitalisé pour la première fois.

Cependant, cette définition, parle de l'anticipation subjective d'un danger imminent de source inconnue : or ici, je ne peux pas imaginer que la source soit inconnue. Selon moi, il peut y avoir différentes sources qui amènent le patient à être anxieux: la première opération, l'inconnu, le fait d'être confronté à un nouveau rôle, le milieu hospitalier, la maladie, les craintes d'avoir des douleurs. En l'occurrence, je doute que la source puisse être non reconnue par le patient. Si tel est bien le cas, il est tout à fait envisageable que le bénéficiaire de soins ne parvienne pas à identifier la source de son mal être. Ainsi les infirmières consacreront plus de temps au patient.

Nous avons aussi relié le concept de crise à ces questions. Dans les données obtenues, je ne trouve pas de notion de crise à proprement parler. Mais, je pense légitime de faire un lien entre l'angoisse, l'anxiété et le concept de crise. En effet, les participantes disent qu'il est important que le patient soit mis à l'aise, qu'il sache qui le prend en charge, qu'il ait des réponses à ses questions, etc. Tous ces éléments sont présents dans le but d'apaiser le bénéficiaire de soins au niveau psychologique. Celui-ci aura probablement moins de risque de voir grandir son anxiété, car il détiendra les ressources nécessaires pour affronter les agents stressants. Il faut que le patient devienne partenaire de son hospitalisation, qu'il se sente acteur de ce qu'il vit, de sorte que son stress diminue. Toutefois, dans une situation de première opération, tout laisse envisager que le patient risque une crise. Car le patient vit une situation certainement difficile, que ce soit de par sa maladie ou par crainte de l'opération voire des suites post-opératoires. Si je fais référence à mon cadre conceptuel, dans le concept de crise, le psychiatre américain Caplan¹⁴⁴ dit qu'une crise peut survenir lorsqu'un sujet vit une situation difficile ou dangereuse. Je peux émettre l'hypothèse qu'un patient puisse vivre une situation de crise lors de sa première opération. Il y a de multiples raisons qui font redouter une crise : l'importance de la maladie, la crainte de l'opération, la crainte des suites opératoires, etc. L'importance du rôle infirmier n'en apparaît que plus grande, être à l'écoute, favoriser les enseignements, privilégier la relation d'aide.

¹⁴² CHALIFOUR JACQUES. La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique, humaniste. Montréal : Gaëtan Morin, 1989. p. 79.

¹⁴³ Ibid, p.79.

¹⁴⁴ TOWNSEND MARY C. (infirmière spécialisée en psychiatrie de l'adulte). *Soins infirmiers, Psychiatrie et santé mentale*. Edition Erpi, p.154-155.

Au bout de cette première partie de mon analyse, je constate l'importance de l'accueil lors d'une prise en charge pour une première opération. Les professionnelles se présentent en précisant leur nom ainsi que leur fonction. Elles s'évertuent à mettre à l'aise le patient dans ce nouveau milieu. La communication, la relation d'aide, la reformulation ainsi que les entretiens et les enseignements sont des outils que les infirmières emploient. Les données obtenues en utilisant ces moyens seront utilisées pour constituer un recueil de données, lesquelles permettront d'adapter la prise en charge à chaque patient. La professionnelle prendra plus de temps pour répondre aux questions d'un patient qui vient pour une première opération. Tout sera mis en œuvre pour faire du patient un authentique partenaire dans les soins.

9.1.2. Liens entre les données des enquêtées et l'objectif de recherche

L'objectif que je m'étais fixé était, de mettre en évidence les outils utilisés de manière formelle lors d'une prise en charge infirmière pour une première hospitalisation au sein du service.

Me fondant sur les données obtenues, j'ai pu constater qu'il n'y a pas d'outils formellement identifiés. Il n'existe pas de protocole auquel se référer lors l'accueil pour une première opération. À en croire la plupart des enquêtées, il serait impossible de concevoir un protocole type au niveau de la communication relationnelle dans le cadre de l'accueil du bénéficiaire de soins : tous les patients sont différents et il faut, en conséquence, toujours adapter sa prise en charge. Toutes utilisent des moyens de communication, tels que le respect, un temps d'écoute, la relation d'aide, la reformulation, les entretiens ou l'enseignement. Les infirmières ont développé des attitudes et des compétences pour prendre en charge un patient pour une première opération. Une enquêtée relève que tout dépend du professionnel, de sa manière de fonctionner. Tous ne travailleront pas de la même manière. Certaines participantes par exemple trouveraient intéressant de rédiger un protocole sur les étapes du séjour à l'hôpital, avec une photo de la salle d'opération. Je pense que cet élément constituerait un support utile pour l'infirmière, ça lui permettrait de donner de plus amples renseignements aux patients, de mieux le préparer à son opération.

N'oublions pas que toute personne hospitalisée passe par l'union d'évaluation pré-opératoire¹⁴⁵, abrégée UEP, qui est une visite pré-anesthésique. Le patient est soumis à une procédure, une sorte de check-list : « transmission de la demande d'admission, réservation de la salle d'opération, accueil et information du patient, consultation du patient (visite pré-anesthésique), réalisation des examens, confirmation de la date d'intervention, finalisation du dossier, saisie des statistiques et des prestations »¹⁴⁶. Le patient peut à partir de ce moment-là se préparer à son hospitalisation mais, bien qu'il ne s'agisse pas de l'accueil proprement dit, il

¹⁴⁵ Source provenant du site :

<http://www.rsvgnw.ch/fr/centres/chcvs/Documents/pr31314priseenchargepatientsuepcentralechcvs.pdf>, consulté le 27.04.09.

¹⁴⁶ Information provenant du site :

<http://www.rsvgnw.ch/fr/centres/chcvs/Documents/pr31314priseenchargepatientsuepcentralechcvs.pdf>

me paraît qu'il serait avantageux pour le patient que cette étape soit intégrée dans le concept général de l'accueil. Je remarque que cette visite pré-anesthésique comprend des points clés que les professionnels doivent respecter. Je vois un lien avec le protocole de l'accueil¹⁴⁷ construit par J.C. McCloskey et G.M. Bulechek. Je note la différence avec la procédure de l'accueil de Monique Formarier. Il me semble que c'est plus une aide pour une démarche intellectuelle, une piste de réflexion. J'ai le sentiment que dans le domaine relationnel, la professionnelle pourra plus facilement adapter sa prise en charge en suivant une procédure plutôt qu'un protocole.

Personnellement, j'adhère à l'idée qu'un protocole type au niveau relationnel ne pourrait fonctionner : la communication est si vaste et si complexe qu'on ne peut adopter une attitude identique pour tout le monde : chaque patient est différent, il est donc primordial d'adapter sa prise en charge.

Il serait envisageable, aux dires des enquêtées, de disposer d'une liste de mots clés, qui servirait aux professionnelles à faire le point sur l'accueil qu'elles ont donné à leur patient. Mais cette liste ne serait qu'une aide et ne dispenserait pas l'infirmière de réfléchir à chaque prise en charge. Lorsque j'ai fait mes entretiens dans les différents services, j'ai pu constater qu'il y avait énormément de travail. La notion de temps est apparue plusieurs fois dans les réponses obtenues. Je m'interroge quant à la définition de cette notion de temps : je suppose que les infirmières dénoncent le manque de période auprès du patient.

Néanmoins, l'infirmière peut aménager son emploi du temps et planifier sa journée en fonction de l'ordre de priorité des soins. Mais je crois qu'elle manque de temps pour donner les informations aux patients et par là les aider à gérer leur stress. A mon avis, elles souhaiteraient pouvoir être plus présentes pour le patient. La notion de check-list revêt une grande importance pratique dans la prise en charge des patients : une professionnelle stressée et pressée, peut oublier des choses essentielles. La liste pourrait être utilisée dans des situations difficiles. Cette check-list ne doit pas être réductrice pour la professionnelle et demeurer une aide pour la prise en charge infirmière. Il n'en demeure pas moins qu'on ne peut réduire les compétences¹⁴⁸ nécessaires pour garantir un « soin d'accueil » de qualité à une énumération d'actions. Par ailleurs, une telle liste constituerait un outil utile pour l'infirmière désireuse de pousser plus avant la réflexion concernant la prise en charge du patient lors de l'accueil.

¹⁴⁷ Selon J.C McCloskey et G.M Bulechek voici les interventions liées à l'accueil :

Se présenter au patient, assurer l'intimité nécessaire au patient et à ses proches, faire connaître les lieux immédiats aux patients et aux personnes qui l'accompagnent, décrire les installations et les services offerts au patient et à ses proches, remplir le formulaire d'inscription, procéder à l'évaluation physique s'il y a lieu, remplir les formulaires administratifs s'il y a lieu, procéder à l'évaluation psychosociale s'il y a lieu, déterminer l'appartenance religieuse s'il y a lieu, remettre au patient les formulaires de droits et de responsabilités, consigner l'information pertinente, assurer la confidentialité du dossier, vérifier s'il peut être nécessaire que le patient fasse un autre séjour dans un établissement, commencer à planifier le retour à la maison, mettre en place les mesures de sécurité, si il y a lieu, marquer au nom du patient le dossier, la porte de la chambre et la tête du lit, s'il y a lieu, prévenir le médecin de l'arrivée du patient et de sa condition, obtenir les instructions du médecin quant aux soins à apporter au patient.

¹⁴⁸ Annexe n° I.

En guise de conclusion, voici les points importants relevés en rapport avec l'objectif choisi. Il n'y a pas d'outils formellement identifiés. Les infirmières ont développé des attitudes et des compétences pour la prise en charge lors de l'accueil d'un patient venant pour une première opération. Toutes utilisent les moyens de communications comme le respect, l'écoute, la relation d'aide, la reformulation, les entretiens ainsi que les enseignements, dans le but d'adapter au mieux leur prise en charge lors de l'accueil d'un patient opéré pour la première fois. De nouveau, il me faut mentionner la notion de temps : les infirmières déplorent le manque de période qu'elles peuvent consacrer au patient lors de l'accueil.

9.2. LES OUTILS FORMELS ET INFORMELS

Les quatre questions suivantes concernent le deuxième objectif de recherche.

Le deuxième objectif de recherche est d'identifier les outils utilisés de manière formelle et informelle lors d'une prise en charge infirmière pour une première hospitalisation au sein du service.

Voici les trois concepts associés à nos questions.

Le premier est le concept de soi, le second le concept d'anxiété et le troisième, le concept de crise.

8. Avez-vous connaissance de lignes directrices, telles que protocole, procédure ou autre, que vous pouvez utiliser pour une approche optimale lors de la prise en charge d'un patient hospitalisé pour la première fois dans votre service ?

La réponse est non pour toutes les participantes. Cependant elles mentionnent les protocoles de chirurgie, de médecine « *non on n'a pas de brochures, on a des protocoles types pour des opérations types (...) après en relationnel il n'y a aucun protocole qui est sorti (...).* » D'autre part, une enquêtée indique qu'il y a des petits livrets d'accueil, distribués à la réception. Une autre participante avance qu'à travers le dossier de l'UEP, il existe un guide auquel elle peut se référer : « *on a une espèce de guide, on sait déjà à travers le dossier qu'il a de l'UEP tout ce qu'on doit lui faire, lui présenter sa chambre, lui expliquer comment ça fonctionne, c'est l'accueil pour tous les patients.* »

Les points clés : pas de protocole, carnet d'accueil à la réception, visite pré-anesthésique.

9. Sinon, sont-elles données de manière informelle ?

Selon une enquêtée, cela dépend de la manière de fonctionner de l'infirmier ou de l'infirmière. Mais la plupart constatent que l'information passe de manière informelle « *oui, je dirais même que souvent si le patient n'en parle pas lui-même que c'est la première fois qu'il se fait opérer, ça pourrait passer inaperçu.* »

Les points clés : l'information passe de manière informelle.

10. Si ce n'est pas le cas, comment imagineriez-vous la construction d'un protocole relatif à une première opération ou hospitalisation ?

Quatre enquêtées sont de l'avis qu'un protocole n'est pas nécessaire, une conversation suffit : « *personnellement je ne sais pas si c'est vraiment nécessaire de faire un protocole de la première intervention parce que du moment qu'il y a un dialogue avec le patient, qu'on discute, qu'on le rassure, je pense qu'il n'y a pas besoin d'un protocole spécifique, c'est un peu au feeling (...).* » Une participante pense qu'il faudrait un protocole où tout serait expliqué de A à Z. Une autre enquêtée dit qu'un petit livret pourrait être donné lors d'interventions prévues. Une autre encore dit qu'il faudrait que soit mieux mis en évidence le fait que le patient est opéré pour la première fois et qu'il y ait plus de temps pour développer le côté relationnel : « *il faudrait que ce soit mis en évidence que c'est sa première opération, qu'à la limite on ait un temps un peu plus grand qui soit mis à disposition pour développer le côté relationnel (...).* » En outre cette enquêtée souhaiterait une brochure décrivant les étapes de la prise en charge, avec une photo de la salle d'opération. Enfin, selon une questionnée, il existerait un protocole sur intranet « *il y en a un qui est assez accessible, il est sorti en novembre, il y a un protocole sur intranet, il est assez actuel (...).* »

Les points clés : un protocole n'est pas nécessaire, une brochure avec toutes les interventions de A à Z, mieux mettre en évidence que c'est une première opération, plus de temps à consacrer au patient.

11. Utilisez-vous des diagnostics infirmiers spécifiques pour adapter votre prise en charge à un patient ?

Lorsque j'ai posé cette question, j'ai eu le sentiment de ressentir une gêne de la part des enquêtées. La plupart m'ont dit qu'elles n'utilisaient pas de diagnostics infirmiers, car ce n'est pas encore une habitude adoptée par les services : « *ici non, pour le moment on n'utilise pas les diagnostics infirmiers, on s'en sert pas mais apparemment ça va se mettre en place dans l'avenir (...).* » De plus, elles ont rappelé le manque de temps pour formuler les diagnostics infirmiers : « *Ça dépend du temps et des fois on n'a pas le temps, donc on fait vite les choses en vitesse, (...), on fait un peu les choses machinalement.* » D'autres m'ont affirmé que ça se faisait naturellement, elles m'expliquaient qu'elles prenaient le patient de la tête au pied et posaient des objectifs « *on n'utilise pas les diagnostics infirmiers, (...), on prend le patient de la tête au pied (...).* »

Les points clés : les diagnostics infirmiers ne sont pas introduits dans la pratique, les diagnostics infirmiers se font de tête, dépend du temps.

9.2.1. Lien entre les concepts et les réponses des enquêtées

De ces réponses ressort qu'il n'existe pas de protocole spécifique relatif à une première opération. Cependant il y a ces carnets¹⁴⁹ d'accueil distribués à la réception, ils remplissent un certain nombre d'objectifs figurant dans le concept d'accueil précédemment développé. Ce carnet peut-être utilisé comme outil par l'infirmière, elle peut en développer et expliquer les

¹⁴⁹ Annexe n° IV.

informations. En voici quelques-unes : les horaires de visite, les droits du patient, le service social, l'espace pour les fumeurs, les horaires de la cafétéria.

A mon avis, ce carnet permet de se familiariser avec le nouvel environnement. La consultation à l'UEP pourrait aider le patient dans sa future démarche, mais elle est, à mon avis, plus axée sur les aspects médicaux que sur l'environnement hospitalier. Bien conduite cette visite à l'UEP peut contribuer à réduire l'angoisse du patient, car c'est une étape faisant partie de son hospitalisation. La définition de l'anxiété de Spilberger précise : « une réaction d'alarme apparaît chaque fois que l'organisme est menacé (...) l'intensité et la durée de la réaction anxieuse seront déterminées par l'importance subjective de la menace et la persistance de la personne à interpréter la situation comme dangereuse »¹⁵⁰. Le patient peut donc connaître un moment d'anxiété, son organisme étant menacé par la maladie : la visite à l'UEP peut alors avoir une influence sur l'intensité et la durée de la réaction anxieuse si elle amène le patient à considérer différemment sa situation. Mal conduite, la consultation pré-anesthésique peut au contraire, intensifier l'angoisse du patient et en accroître le malaise.

Cette visite à l'UEP peut aussi avoir une influence sur une éventuelle crise que le patient pourrait vivre. Si je me réfère au concept de crise Caplan formule l'hypothèse que « les crises sont provoquées par des événements précis et identifiables »¹⁵¹. Dès lors, il est concevable que la crise puisse survenir du fait que le patient est en mesure d'identifier l'événement, en l'occurrence la première opération.

Le livret d'accueil a été conçu dans le but d'informer le patient : il facilite aussi la communication concernant les différents éléments expliqués. Je peux renvoyer au pré-requis de Madame Formarier : « reconnaître le patient comme partenaire dans la relation » ; grâce à ce livret, l'infirmière pourra interagir avec le bénéficiaire de soins. Le patient se sentira mieux intégré dans son hospitalisation et pourra se référer à la brochure lors de questions à l'infirmière. Les éléments contenus dans le livret d'accueil montrent l'importance d'être informé et d'être préparé à séjourner dans un milieu hospitalier. Pourtant, très peu d'infirmières interrogées m'ont parlé dudit livret : j'en déduis que ce n'est pas un outil qu'elles utilisent régulièrement. Ces informations permettront au bénéficiaire de soins de diminuer son stress. Plusieurs des enquêtées prétendent qu'il n'est pas nécessaire d'élaborer un protocole pour l'accueil lors d'une première opération : à les croire aucun protocole ne pourrait être fait pour une action au niveau relationnel.

J'ai constaté une crainte des professionnelles de devoir suivre des étapes sur une feuille. En effet, j'ai ressenti de leur part l'appréhension que cet outil soit réducteur et amène peu de possibilité de réflexion et d'autonomie dans la manière de conduire et de différencier l'accueil. Car, à travers leur expérience professionnelle, les infirmières ont pu développer des compétences en vue de l'accueil, comme le fait de reformuler, de passer plus de temps avec le patient qui vient pour la première fois : elles tendent donc naturellement à individualiser l'acte d'accueil.

S'agissant du concept de communication et de relation d'aide, il est vrai qu'un protocole pourrait empiéter sur l'humanisation des soins. Les enquêtées relèvent l'importance du côté

¹⁵⁰ CHALIFOUR JACQUES. *La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique, humaniste*. Montréal : Gaëtan Morin. 1989. Page 79.

¹⁵¹ TOWNSEND MARY C. *Soins infirmiers, Psychiatrie et santé mentale*. Edition Erpi. Pages 154-155.

relationnel, de l'écoute, de la communication. Un des principes d'Hildegarde Peplau qu'on retrouve dans les réponses obtenues est : « avec un peu d'attention et d'observation, la plupart des choses importantes qui affectent une personne peuvent être étudiées, expliquées, comprises. Si des difficultés se présentent, il est possible d'agir pour développer des stratégies susceptibles d'apporter des changements significatifs sur les plans de la santé physique, de la santé mentale de la personne et de l'organisation de sa vie »¹⁵².

La communication professionnelle est un outil que les infirmières utilisent pour adapter leur prise en charge. Les soignantes se préoccupent de poser des questions aux patients, délivrent des entretiens thérapeutiques, rassurent le patient par rapport à des inquiétudes qu'il peut avoir. Au niveau de la relation d'aide, les soignantes aident le patient à s'exprimer sur ses ressentis, à se sentir écouté. Les moyens que la professionnelle met en place sont là pour aider le patient à vivre sa première opération ou tout simplement son hospitalisation, que ce soit la première ou non. En ce qui concerne l'idée d'un protocole, les divergences d'opinions étonnent. Certaines enquêtées doutent de l'utilité d'un protocole pour accueillir correctement le patient : elles craignent que cet outil soit réducteur dans leur travail. D'autres souhaiteraient un protocole détaillant toutes les étapes que les patients vont traverser. Je vois des avantages, mais aussi des limites à l'usage d'un protocole.

Voici quelques avantages : évite d'oublier des étapes importantes, tout le personnel procède de la même façon, prise en charge homogène. Et voici quelques limites : la prise en charge n'est plus adaptée individuellement, déshumanisation des soins, risque d'enlever le côté réflexif de l'infirmière. Bien entendu cette énumération d'avantages et de limites n'est pas exhaustive, mais elle montre toutefois l'importance d'être prudent lors de l'utilisation d'un protocole, en particulier du fait que les individus, ici les infirmières, sont différents les uns des autres. Toutes travaillent dans la même institution, mais leurs ressentis ne sont pas les mêmes. Elles s'inspirent toutes de la même philosophie de l'établissement, leur façon de pratiquer peut malgré tout différer.

Le concept de soi est à la base des agissements des infirmières. Selon la définition de Patricia Potter et Anne Perry, « le concept de soi est la perception subjective qu'a une personne de son moi, de ses caractéristiques physiques, émotionnelles et sociales. C'est le cadre de référence des réactions de l'individu face aux situations et de ses relations avec les autres »¹⁵³. Ce cadre de référence est propre à toute personne, en l'occurrence à toute infirmière. L'identité fait partie des quatre composantes du concept de soi et désigne chez une personne « le sens intime de son individualité (...) »¹⁵⁴. Les différentes réponses données manifestent bien de par leurs discordances. L'identité évolue avec le temps et les événements rencontrés, donc avec l'âge et l'expérience. Mon échantillon était composé d'infirmières d'âges et de parcours professionnels différents.

Leurs traits communs étaient de ne pas avoir été opérées et de travailler toutes dans le même service. L'estime de soi fait partie des composantes du concept de soi et c'est : « l'appréciation d'une personne de sa propre valeur, une auto-évaluation faite et maintenue par l'individu lui-même. (...) Elle est fréquemment reliée au jugement que porte une personne

¹⁵² PHANEUF MARGOT. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. 2002 les Editions de la Chenelière inc. Page 12.

¹⁵³ POTTER PATRICIA A. et PERRY ANNE G. *Soins infirmiers, théorie et pratique*. Editions ERPI. P. 741 à 765.

¹⁵⁴ Ibid, p. 741 à 765.

sur son efficacité au travail (...).»¹⁵⁵ Il me semble évident qu'une infirmière qui a une bonne estime d'elle-même aura répondu avec plus de facilité à mes questions car, elle sait ce qu'elle vaut sur le plan professionnel.

Les rôles sont les dernières composantes du concept de soi que je souhaite traiter. Il s'agit «d'un ensemble de comportements par lesquels une personne participe à un groupe social. Les rôles comportent les attentes et les normes de comportements acceptées par la société ou un groupe social.»¹⁵⁶ Par rapport à la deuxième partie de la définition, je constate dans mes entretiens que bien qu'elles aient le même rôle d'infirmière, les enquêtées n'ont pas les mêmes réponses. Dans cette profession il est légitime de défendre ses dires et sa pratique. Bien entendu, il convient de respecter certains critères comme ceux de soins, de l'ASI. Les aspects divergents des réponses obtenues découlent d'une conception des soins adaptée différemment par chaque soignant.

On l'a vu, il n'y a pas de protocole infirmier utilisé pour la prise en charge d'un patient venant se faire opérer pour la première fois. Bien des infirmières pensent qu'un protocole de prise en charge de l'accueil du patient au niveau relationnel serait réducteur, puisque tout patient est différent et qu'il importe donc de différencier la prise en charge d'un patient à l'autre. D'autres y voient un outil qui permet de suivre des étapes. Tel le carnet d'accueil, qui peut-être utilisé comme un outil, un moyen de communication pour le patient ainsi que pour l'infirmière : toutefois très peu d'infirmières m'ont parlé de ce carnet.

La visite à l'UEP peut jouer un rôle sur l'anxiété ainsi que le risque de crise, cette étape peut aider le patient à apprivoiser sa future hospitalisation. Toutes les infirmières insistent sur l'importance de la prise en considération du côté relationnel, de l'écoute ainsi que de la communication. Il est donc permis d'affirmer que l'outil utilisé par l'infirmière est la communication professionnelle. Cet élément sera repris dans le chapitre relatif à la synthèse des résultats.

9.2.2. Liens entre les données des enquêtées et l'objectif de recherche

Le deuxième objectif de recherche est d'identifier les outils utilisés de manière formelle et informelle lors d'une prise en charge infirmière pour une première hospitalisation au sein du service.

De mon enquête, il ressort qu'il n'y a pas d'outils utilisés de manière formelle lors d'une prise en charge infirmière pour une première hospitalisation, mais aussi que l'importance de la communication est unanimement soulignée. Les outils soit, la relation d'aide et les différentes techniques de communication, sont utilisés de manière informelle par toute l'équipe soignante. Selon la plupart des enquêtées, il serait impossible de faire un protocole au niveau relationnel, car la prise en charge doit être adaptée à tout patient. Il apparaît aussi que, pour

¹⁵⁵ POTTER PATRICIA A. et PERRY ANNE G. *Soins infirmiers, théorie et pratique*. Editions ERPI. P. 741 à 765.

¹⁵⁶ *Ibid*, p. 741 à 765.

l'instant, elles n'utilisent que très peu les diagnostics infirmiers et le cas échéant de manière informelle : les professionnelles utilisent un processus de soins infirmiers, mais elles le font de tête. Elles prétendent ainsi aboutir à des objectifs de soins adaptés à la situation du bénéficiaire de soins qu'elles prennent en charge.

9.2.3. Lien avec l'hypothèse

L'hypothèse avancée en fonction des deux premiers objectifs était la suivante :

Si, lors de l'accueil, la prise en charge infirmière spécifique d'une première hospitalisation est prodiguée en suivant un protocole formel, des guidelines, alors l'efficacité¹⁵⁷ est assurée. Une pareille procédure permettra d'avoir un fil conducteur pour accéder à une continuité adéquate dans la prise en charge infirmière et ainsi éviter les oublis.

L'hypothèse n'est pas corroborée par la pratique : il n'y a pas de protocole formel ou de guidelines pour la prise en charge infirmière spécifique lors d'une première hospitalisation. Tous les outils utilisés par les professionnelles le sont de manière informelle. Il demeure intéressant d'examiner les réponses obtenues des enquêtées, lorsque je leur demande comment elles imagineraient la construction d'un protocole. Plusieurs pensent qu'il n'est pas utile d'avoir un protocole pour ce qui touche au relationnel parce que toute personne est différente. Il ne peut y avoir de façon type de procéder, du moment qu'il faut adapter la prise en charge au bénéficiaire de soins.

La position inverse est également soutenue par une participante d'après laquelle il serait bien d'avoir un protocole où tout est détaillé du début à la fin. Force est de constater que toutes les professionnelles n'ont pas la même idée au sujet de cette question. Je peux en déduire que les années d'expérience ne sont peut-être pas identiques sans compter que tout professionnel a sa propre identité. Selon Patricia Potter et Anne Perry, le concept de soi¹⁵⁸ « (...) est le cadre de référence des réactions de l'individu face aux situations et de ses relations avec les autres. » Ce cadre peut expliquer les différentes réactions des enquêtées, le concept de soi englobant l'identité, l'image corporelle, l'estime de soi, les rôles. Tous ces éléments sont propres à chacun et l'identité se construit au fil des années, des expériences. Ce qui est également constitutif de l'identité est : « (...) le sentiment d'identité implique la conscience d'être soi-même »¹⁵⁹ : cela s'éclaire pour moi lors de la relecture des données obtenues. L'enquêtée a sa propre identité, sa propre vision des soins. Ce concept est modulable tout au long de notre existence et il est probable que les enquêtées auront dans plusieurs années, d'autres conceptions à propos de cette même question, les quatre composantes du concept de soi ne cessent d'évoluer, de progresser.

¹⁵⁷ Efficacité : « Mesure dans laquelle une intervention, une procédure, un régime ou un service spécifique, mis en œuvre sur le terrain produit l'effet escompté sur une population bien définie ».

¹⁵⁸ POTTER PATRICIA A. et PERRY ANNE G. *Soins infirmiers, théorie et pratique*. Edition ERPI. P. 741 à 765.

¹⁵⁹ Ibid, p.746.

La prise en charge lors de l'accueil pour une première hospitalisation se fait de manière informelle et individualisée. Il n'y a pas de manière type de procéder : les professionnelles adaptent leur prise en charge en fonction du patient. Pour ce qui est de la trace écrite, cet élément n'a pas été évoqué durant les entretiens semi-directifs. Par conséquent, je ne peux certifier que le fait de savoir que le patient vient pour la première fois est signalé à toute l'équipe soignante et s'il y a un suivi à cet égard dans la prise en charge. De mon point de vue, à l'occasion des soins apportés pour la préparation pré-opératoire, il est tout à fait possible de trouver l'information et d'en laisser une trace écrite dans le dossier phoenix¹⁶⁰.

9.3. INFLUENCE DU VECU SUR LA PRISE EN CHARGE

Le troisième objectif de recherche est d'étudier, à travers les vécus personnels, les différences de prise en charge entre une infirmière ayant déjà été opérée et une ne l'ayant jamais été.

Les concepts de résilience, de soi et d'anxiété sont associés à ces questions.

12. Avez-vous déjà subi une opération programmée, sans compter l'accouchement ?

Les enquêtées n'ont jamais subi d'opération, l'une d'entre elles a déjà été hospitalisée.

13. Pensez-vous que si vous aviez été opérée, vous prendriez en charge le patient différemment ?

Pour cette partie, les réponses ont été des non catégorique. D'autres enquêtées m'ont déclaré qu'elles prendraient en charge différemment le patient, le fait de passer de l'autre côté permettra d'avoir une autre vision : « oui avec le vécu en étant de l'autre côté on se rend compte des choses qui ne vont pas dans la prise en charge, peut-être qu'on a un autre regard (...). » L'enquêtée qui a été hospitalisée relève le fait qu'elle a modifié sa pratique « (...) j'ai changé un peu mon comportement parce que j'avais eu des soucis avec de grosses douleurs qui ne cessaient pas avec les antalgiques (...) puis l'infirmière de nuit est arrivée et a posé sa main sur mon épaule et a pris l'autre main dans sa main et puis m'a dit de souffler avec elle (...) et là je me suis sentie soulagée et depuis ce temps là je me suis rendue compte de l'importance du contact de peau à peau (...) je l'utilise tout le temps à présent (...) ».

Les points clés : il y a des non, d'autres pensent que de passer de l'autre côté modifiera la prise de conscience, l'enquêtée hospitalisée a modifié sa pratique suite à son hospitalisation.

¹⁶⁰ Phoenix : dossier électronique du patient utilisé au sein du Réseau Santé Valais.

14. A votre avis, cette expérience vous permet-elle d'être plus réceptive émotionnellement dans certaines situations pour adapter votre prise en charge à votre patient ?

Les réponses sont mitigées. Certaines affirment que cette expérience permettrait d'être plus réceptive « *je pense parce que c'est vrai qu'il y a des choses dont je ne pense pas, par exemple quand je mets un vase moi je ne pense pas qu'il est froid, je le mets sous les fesses, je pense que si une fois j'avais dû m'asseoir sur un vase froid j'y ferai plus attention.* » Tandis que d'autres déclarent que cela n'aurait aucune influence, tout le personnel étant évidemment réceptif dès que le patient dit que c'est la première fois qu'il est opéré « *je pense que c'est un peu la même la chose avec tous les patients, peut-être je passe plus de temps avec un patient qui vient pour la première fois, après je pense pas spécialement qu'il y ait une influence, on est toute réceptive dès que le patient nous dit que c'est la première fois qu'il se fait opérer.* »

Les points clés : certaines pensent que cela permet d'être plus réceptive et d'autres pensent que l'on est réceptif dès qu'on sait que c'est la première opération.

15. S'il vous arrivait d'être opérée, souhaiteriez-vous une différence de la part des personnes qui vous prennent en charge étant donné que c'est votre première opération ?

Une participante dit qu'elle souhaiterait une différence dans la prise en charge, mais dans le but d'être intégrée au mieux dans le service « *je pense mais plus pour mon intégration dans le service, j'aimerais avoir toutes les informations dont j'ai le droit.* » Elle ajoute qu'elle désirerait disposer de toutes les informations auxquelles elle a droit. Les autres enquêtées ne demandent pas de différence dans la prise en charge. Une participante relève le fait que d'être dans le métier facilite les connaissances et permet d'être au courant du déroulement du séjour « *je suis infirmière donc je suis dans le métier, je sais un peu les choses (...).* » Une enquêtée relève qu'ignorant comment son infirmière se comporte dans la chambre d'à côté avec sa voisine, elle ne peut pas souhaiter une différence dans la prise en charge « *(...), je vais dire une différence c'est difficile à dire parce que je ne sais pas comment mon infirmière se comporte dans la chambre voisin donc je ne peux pas dire qu'elle soit plus attentionnée ou moins attentionnée, mais j'aimerais qu'on me dise ce qui va se passer, qu'on m'explique (...).* »

Les points clés : les réponses sont mitigées, souhait d'être intégrée dans le service, le droit à l'information, moins besoin d'explication car est dans la profession.

16. Pensez-vous qu'une première opération peut avoir une influence sur les suivantes ?

La plupart pensent que oui, rappelant que les premières expériences sont très importantes : « *(...) les premières expériences peuvent influencer pour pleins de choses.* » Par exemple, le fait d'avoir très mal vécu sa première opération aura une influence sur les suivantes de par l'appréhension d'être dans la même situation *qu'auparavant* « *je pense bien sûr parce que si une première hospitalisation se déroule très bien (...) je pense qu'il envisagera sa deuxième*

hospitalisation de manière plus sereine que si sa première hospitalisation s'est mal passée et qu'il en garde un très mauvais souvenir (...). » Une enquêtée mentionne aussi le fait que si une personne a déjà été opérée, elle saura à quoi s'attendre lors de la prochaine opération ou hospitalisation. Parmi les enquêtées, une ne se prononce pas.

Les points clés : les réponses sont mitigées, des infirmières pensent qu'une première opération est importante, car on ne sait pas à quoi s'attendre, d'une part, et qu'elle peut influencer les suivantes, d'autre part, et d'autres ne croient pas qu'une première hospitalisation puisse avoir une influence sur une prochaine.

9.3.1. Lien entre les concepts et les réponses des enquêtées

Dans cette troisième partie d'analyse des données, nous avons choisi d'associer à nos questions les concepts de résilience, de soi, d'anxiété, de communication et de relation d'aide ainsi que le concept d'accueil.

Le concept de résilience a été abordé dans les questions : « pensez-vous que si vous aviez été opérée, vous prendriez en charge le patient différemment ? »¹⁶¹ et : « à votre avis, cette expérience vous permet-elle d'être plus réceptive émotionnellement dans certaines situations pour adapter votre prise en charge à votre patient ? »¹⁶² cette deuxième question n'aurait pas dû être posée : je m'en explique dans les limites de la recherche, dans le chapitre méthodologie.

Disposant de quelques réponses, je vais y consacrer mon attention. Pour ce qui est de la première question, certaines réponses laissent sous-entendre la possibilité d'avoir des attitudes résilientes suite à une opération. En effet les enquêtées disent que passer de l'autre côté est une expérience nouvelle et qu'il faut savoir en tirer profit par la suite. Je présume que l'infirmière qui a déjà été opérée a une autre perception de la réalité. Bien entendu c'est une supposition, puisque les participantes n'ont jamais été opérées. Je peux établir un rapport avec un facteur personnel de résilience, qui est l'acquisition : « des habiletés de résolution de problèmes »¹⁶³ : les infirmières pensent qu'elles auraient une autre perception des soins. L'infirmière qui a vécu la même expérience que son patient anticipera les moyens à mettre en place susceptibles d'aider le patient. L'infirmière se gardera, toutefois, de généraliser sa situation et adaptera sa prise en charge à chaque patient.

Il est intéressant de noter les propos de l'infirmière qui a été hospitalisée car elle relève que suite à cette expérience elle a modifié sa pratique. Ce que l'infirmière a vécu comme patiente prend toute son importance, elle cible ce qui lui a fait du bien et l'adapte à sa pratique. Cette infirmière témoigne : elle avait de grandes douleurs et son infirmière, après lui avoir donné sans succès tous les médicaments possibles, a posé sa main sur elle la soulageant immédiatement. Ces dires montrent l'importance que le contact et le toucher peuvent avoir sur le patient. Il est vrai qu'il y a des attitudes et des comportements de la soignante qui vont favoriser la communication. Le toucher en fait partie, « le toucher affectueux intentionnel

¹⁶¹ Cette question figure dans la grille d'entretien, annexe n° V.

¹⁶² Ibid, annexe n° V.

¹⁶³ Selon la revue : *la résilience, Recherche en soins infirmiers n°82*, septembre 2005, numéro spécial, p. 4 et 7.

renforce la qualité de présence de l'infirmière et accompagne souvent l'écoute attentive de la personne, où il contribue à lui redonner confiance et à renforcer son image d'elle-même. (...) Le toucher est aussi bénéfique pour calmer une personne un peu agitée »¹⁶⁴. Je peux en déduire que l'infirmière a voulu renforcer la qualité de sa présence ainsi que l'aider à vivre ce moment difficile.

À la question que je n'aurais pas du poser, les enquêtées hésitent à donner une réponse. Certaines sont d'avis que d'avoir été opérée va permettre d'être plus réceptive, d'autres pensent que cela n'a pas d'influence. Cette question a pu les mettre mal à l'aise, laissant sous-entendre que, du fait de ne pas avoir vécu d'opération, elles étaient moins réceptives émotionnellement. L'une d'elles me dit : « (...) *on est toutes réceptives dès que le patient nous dit que c'est la première fois qu'il se fait opérer.* » A mon avis, il s'agit là d'une façon détournée de répondre à ma question. En outre, elles ont pu avoir l'impression que je portais un jugement sur leur pratique, ce qui peut ébranler le concept de soi, notamment une de ces composantes, à savoir « l'appréciation d'une personne de sa propre valeur, une auto-évaluation faite et maintenue par l'individu lui-même. (...) L'estime de soi est fréquemment reliée au jugement que porte une personne sur son efficacité au travail (...) »¹⁶⁵. Cette question peut avoir déstabilisé les enquêtées.

Les réponses obtenues laissent transparaître le concept de communication et de relation d'aide. Dans la question quinze¹⁶⁶, il a été mis en évidence l'importance d'être au courant de ses droits et d'être intégrée dans le service. À ce propos je peux me référer aux principes d'Hildegarde Peplau, notamment à celui de : « la présence, l'écoute et la parole de la soignante, qui favorisent chez la personne soignée l'évolution et la capacité de prise en charge de sa santé physique et mentale, font partie intégrante des soins infirmiers. »¹⁶⁷ Les éléments de ce principe démontrent que le patient a besoin d'être accompagné dans la dimension de l'accueil. Je pense qu'il a besoin d'être guidé dans les premiers temps pour pouvoir se sentir à l'aise par la suite. Je fais référence à la troisième étape de l'accueil expliquée par Madame Formarier, qui est « l'adaptation de la personne à sa situation et à son environnement »¹⁶⁸ : si le patient a passé par les deux premières étapes, il pourra alors se trouver à ce stade et s'acclimater à son hospitalisation. D'ailleurs, c'est un élément qui se retrouve dans la relation d'aide, où le soignant aide le patient à « s'adapter à une situation à laquelle il ne pourrait s'adapter sans aide. »¹⁶⁹ Tout simplement, la professionnelle va informer le patient sur le fonctionnement de l'hôpital ainsi que sur ses droits.

Ces aspects se retrouvent dans quelques étapes de l'accueil¹⁷⁰. « Le fait de sécuriser la personne accueillie »¹⁷¹ peut être relié au fait qu'il a un besoin de recevoir toutes les

¹⁶⁴ PHANEUF MARGOT. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. 2002 les Editions de la Chenelière inc., p.43.

¹⁶⁵ POTTER PATRICIA A. et PERRY ANNE G.. *Soins infirmiers, théorie et pratique*. Edition ERPI. P. 747.

¹⁶⁶ La question quinze est : S'il vous arrivait d'être opéré, souhaiteriez-vous une différence de la part des personnes qui vous prennent en charge étant donné que c'est votre première opération ?

¹⁶⁷ PHANEUF MARGOT. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. 2002 les Editions de la Chenelière p.12-13.

¹⁶⁸ FORMARIER MONIQUE. *Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité*. Recherche en soins infirmiers n°75, décembre 2003. p.19.

¹⁶⁹ PHANEUF MARGOT. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. 2002 les Editions de la Chenelière, p.322.

¹⁷⁰ FORMARIER MONIQUE. « Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité ». *Recherche en soins infirmiers n°75*, décembre 2003. p.19.

informations utiles quant à l'hospitalisation. La deuxième étape est « connaître la personne »¹⁷², c'est-à-dire du fait que l'infirmière se présente en indiquant son nom et son rôle, le patient saura à qui il s'adresse. Un autre élément de complexité était le fait d'être dans la profession : l'infirmière disait être plus à l'aise qu'un patient qui ne connaissait pas l'établissement ni les différentes étapes. Mais la profession d'infirmière est vaste et je pense que, quelle que soit la profession du patient, il est important de vérifier que tout a été compris. Une infirmière qui travaille en psychiatrie n'aura pas les mêmes connaissances qu'une infirmière qui pratique en chirurgie, et vice versa : bien qu'elles soient toutes deux infirmières, elles n'ont pas les mêmes connaissances.

Comme nous l'avons expliqué dans notre cadre conceptuel, l'accueil est la première prise de contact avec le patient. Celui-ci se retrouve dans un milieu inconnu, il prend contact avec le milieu hospitalier, avec le service et avec l'équipe soignante. Ces éléments font partie des différentes étapes de l'accueil. L'enquêtée qui se retrouverait hospitalisée souhaiterait être intégrée dans le service comme partenaire : cette réponse fait référence aux deux premières étapes de l'accueil. La première est « sécuriser la personne accueillie »¹⁷³, afin qu'il ne se sente pas dans un milieu inconnu. La deuxième est « connaître la personne »¹⁷⁴, c'est à dire approfondir ses connaissances de l'anamnèse du patient. Elle ajoute qu'une de ses attentes serait de recevoir toutes les informations auxquelles elle a droit.

Cette information débouche sur la troisième étape : « adaptation de la personne à sa situation et à son environnement. »¹⁷⁵ L'infirmière transmet les informations nécessaires pour le bon déroulement de l'hospitalisation du patient : elle explique la brochure sur l'accueil et se tient disponible pour le patient en cas de questions. Un des pré-requis de l'accueil est « reconnaître le patient comme partenaire dans la relation »¹⁷⁶, cet élément a été relevé par une enquêtée.

Suivant les dires de l'infirmière, pour se sentir partenaire, il faut avoir reçu les informations nécessaires lors de l'accueil et, à ce moment-là, le patient sentira qu'il peut interagir dans la relation.

Finalement, en terminant cette partie d'analyse, je retiens que certaines infirmières pensent que le fait d'avoir été opérées apportera une nouvelle lecture de la réalité perçue et qu'elles adapteront de ce fait leur pratique. D'autres ne font pas cette projection et affirment qu'elles ne modifieraient pas leurs soins d'accueil. Elles restent donc partagées quant à ce questionnement. Il est intéressant de noter la nouvelle perception acquise par l'infirmière qui a été hospitalisée : elle a changé sa pratique, elle fait plus attention à l'importance du toucher pour apporter un soutien au patient. D'autres éléments remarquables sont l'importance de l'accompagnement lors de l'accueil, le fait d'informer le bénéficiaire de soins sur le fonctionnement de l'hôpital et du service : ils contribuent à son acclimatation et à la mise en confiance dans ce nouvel univers. Quant au soin apporté à une communication spécifique et à

¹⁷¹ FORMARIER MONIQUE. « Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité ». *Recherche en soins infirmiers* n°75, décembre 2003. p.19.

¹⁷² Ibid, p.19.

¹⁷³ Ibid, p.18.

¹⁷⁴ Ibid, p.18.

¹⁷⁵ Ibid, p.18.

¹⁷⁶ Ibid, p.18.

la relation d'aide, ce sont des points fondamentaux qui vont aider le patient dans le processus d'une première hospitalisation. L'ensemble de ces aspects relationnels font partie des compétences que l'infirmière utilise lors de l'accueil d'un patient pour une première opération.

9.3.2. Liens entre les données des enquêtés et l'objectif de recherche

L'objectif de recherche était d'étudier, à travers les vécus personnels, les différences de prise en charge entre une infirmière ayant déjà été opérée et une ne l'ayant jamais été.

Plusieurs enquêtées pensent que la prise en charge diffère si la soignante a été opérée. D'autres maintiennent qu'il n'y a aucun changement. Par rapport au vécu personnel et à son influence sur la pratique, la moitié pensent que cette influence est réelle et l'autre non. On retiendra que l'infirmière qui a été hospitalisée a modifié sa prise en charge. Afin de disposer d'un matériel de comparaison plus substantiel, avec Karine, nous mettrons nos résultats en commun et les confronterons.

9.3.3. Lien avec l'hypothèse

La prise en charge infirmière d'un patient hospitalisé pour la première fois en chirurgie générale diffère, entre une infirmière qui a déjà été opérée et une autre qui ne l'a jamais été, parce que l'expérience vécue modifie la perception de la situation et ainsi influe sur le comportement.

Cette troisième hypothèse est traitée en parallèle avec Karine. Pour éclairer cette démarche, je commencerai par présenter les points clés ressortis des entretiens de Karine. Pour conclure, je mettrai en corrélation nos résultats respectifs afin de voir s'ils corroborent ou non notre hypothèse.

Voici les éléments essentiels tirés des entretiens de Karine. Quant à la modification de la prise en charge des patients, les réponses divergent. Pour deux enquêtées, rien ne va changer. Une enquêtée a vécu une prise en charge non satisfaisante et prétend que cette expérience n'a rien changé à sa pratique. Une participante a été hospitalisée dans le service où elle travaillait et dit que la prise en charge a été très bonne et qu'elle n'a donc rien changé à sa pratique. Les infirmières restantes, plus critiques face à leur pratique, disent que, si elles n'avaient pas été opérées, elles n'auraient rien changé. Certaines voudraient modifier leur prise en charge mais manquent de temps pour agir comme elles le souhaiteraient.

Concernant la modification de la réceptivité émotionnelle la plupart reconnaissent qu'elles sont plus réceptives. L'une d'elles est plus réceptive à la suite de ce qu'elle a vécu avec un de ses proches. Une infirmière affirme que, loin d'être plus réceptive, elle est au contraire plus dure, car sachant ce qui fait mal et ce qui fait moins mal.

Pour ce qui est de l'influence d'une première opération sur les suivantes, toutes sont d'accord que la première intervention modifie la vision de la suivante. Elles soulignent l'importance de l'accueil : si ça se passe bien, le patient sera plus à l'aise au long de son hospitalisation.

En ce qui concerne la modification de la prise en charge, nous observons que les réponses varient. Dans l'échantillon de Karine, peu d'infirmières disent faire une différence dans leur prise en charge en lien avec le vécu d'une opération. Toutefois, sur l'ensemble de nos échantillons, nous constatons que la majorité modifient leur prise en charge ou sont d'avis que celle-ci est ou serait différente suivant leur vécu. Toutes les infirmières disent être plus réceptives en présence d'un patient dont c'est la première opération. Parmi les enquêtées qui ont déjà été opérées, deux commencent par affirmer qu'elles ne sont pas plus réceptives, mais concluent en déclarant être plus attentives aux besoins de leurs patients. Dans mon propre échantillon une seule infirmière ne pensait pas que son vécu puisse avoir une influence sur sa pratique quotidienne. Une différence constatée entre nos deux échantillons est que les infirmières ayant déjà été opérées mentionnent à plusieurs reprises l'attention qu'elles portent à la douleur. Cet élément n'apparaît pas dans mon échantillon. Un point qui mérite à nos yeux, une attention particulière est le manque de temps déploré unanimement par les infirmières. Nous reprendrons ce point dans le chapitre de la discussion.

Les infirmières reconnaissent, d'une même voix, qu'une première opération est importante : les premières expériences sont marquantes et peuvent influencer la manière de vivre une hospitalisation suivante.

Ainsi, à la lumière de l'ensemble des données recueillies, nous sommes en mesure de conclure que les faits corroborent notre hypothèse.

10. SYNTHÈSE DES RESULTATS

La synthèse des résultats va fournir la réponse à nos deux questions de recherche spécifiques, à savoir ;

Lorsqu'un patient est admis pour la première fois en préopératoire dans un service de chirurgie générale, quelles actions spécifiques les infirmières mettent-elles en place lors de l'accueil ?

Dans une telle situation, constate-t-on une différence quant à la prise en charge entre une infirmière ayant déjà subi une opération et une infirmière qui n'a jamais été opérée ?

Je verrai d'abord ce qu'il en est de la première question, puis, conjointement avec Karine, nous ferons le tour de la seconde.

Les entretiens semi-directifs m'ont livré de précieuses informations de professionnels. Notamment qu'avant toute opération une visite pré-anesthésique est organisée, dans le service

nommé UEP¹⁷⁷, abréviation d'union d'évaluation pré-opératoire. Cette visite peut, à mon avis, contribuer à diminuer l'anxiété du patient, car c'est le premier contact qu'il a avec le milieu hospitalier. Lorsqu'un patient est admis en préopératoire dans un service de chirurgie générale pour la première fois, les infirmières n'ont pas à suivre un protocole obligatoire pour l'accueil. Toutefois, elles ont souligné l'importance qu'elles attachent à la communication, notamment en prenant le temps de discuter avec le patient. Par ailleurs, à la réception, les patients reçoivent un livret d'accueil où se trouvent les horaires de visites, les droits des patients, le service social, le lieu pour l'espace fumeur, etc. Et les infirmières remettent aux patients une feuille explicative concernant le dépôt des objets de valeur. Ce livret est un outil que l'infirmière peut utiliser pour favoriser un échange avec le patient. Or, peu d'infirmières m'ont fait état de cet outil, et je m'interroge quant à l'utilisation de ce livret. Lors d'un cours dispensé au sein de l'école¹⁷⁸, une information importante nous a été communiquée. Grâce à une enquête de satisfaction effectuée auprès des patients hospitalisés en 2006, il a été mis en évidence la nécessité d'améliorer l'information donnée aux patients. Décision a été prise de modifier le livret d'accueil existant : il sera complété par une feuille individuelle à chaque service, incluse pour expliquer le déroulement d'une journée type dans cette unité.

Les soignantes ne procèdent pas toutes de la même façon pour savoir si le patient est opéré pour la première fois. Cette information n'est pas consignée à un endroit précis. Les infirmières relèvent aussi qu'il est possible de ne pas s'en apercevoir si le patient n'en parle pas. Pour ce qui est de la prise en charge infirmière lors d'une première hospitalisation, elle diffère d'une infirmière à l'autre. J'ai constaté qu'une logique d'approche était malgré tout respectée par toutes les professionnelles. Les infirmières se présentent, et expliquent leur rôle, elles familiarisent le patient avec les lieux. Dans leurs réponses, elles affirment attacher de l'importance à la communication. A plusieurs reprises, j'ai enregistré qu'elles prenaient peut-être plus de temps, qu'elles donnaient plus d'explications.

Un des besoins exprimés par les infirmières est de disposer de plus de temps pour le patient. Puisque l'accueil est nommé comme faisant partie des soins, un temps adéquat devrait lui être imparti cependant, je ne sais si l'accueil est véritablement considéré comme un soin. Cette façon de procéder aidera le patient à se sentir partenaire dans son hospitalisation il se sentira compris et accompagné dans son processus de patient. Mais il a été souvent mentionné que toute personne est différente et qu'il n'y a pas de prise en charge type pour une première opération ou hospitalisation.

En conséquence, les infirmières procèdent toutes par un recueil de données du patient afin de pouvoir proposer une prise en charge individualisée. Dans le service, l'élément de première opération se transmet de manière informelle. Les diagnostics infirmiers se posent bien souvent de tête : elles perçoivent les besoins ainsi que les objectifs du patient mais ne les formulent pas dans le dossier informatique.

¹⁷⁷ La visite pré-anesthésique est composée de différentes étapes : « transmission de la demande d'admission, réservation de la salle d'opération, accueil et information du patient, consultation du patient (visite pré-anesthésique), réalisation des examens, confirmation de la date d'intervention, finalisation du dossier, saisie des statistiques et des prestations ».

¹⁷⁸ Source : Monsieur Jean-François Pillet, directeur des soins infirmiers du Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVs), cours dispensé à la HES-SO le 25.05.09.

La deuxième partie de la réponse, est traitée conjointement avec Karine. Nous avons pu constater, dans les deux échantillons, que les infirmières procèdent quasiment de la même manière lorsqu'elles accueillent un patient qui est opéré pour la première fois. Dans tous les cas, elles se présentent en indiquant leur nom et leur fonction. Elles informent ensuite le patient sur les étapes de l'hospitalisation et sur les habitudes du service (horaires des repas, des visites, etc.). Ici, un lien avec la communication professionnelle peut être établi, ainsi nous le démontrerons plus bas. Il est évident qu'elles suivent cette démarche pour tous les patients, mais, nous pouvons mettre en évidence, par rapport au bénéficiaire de soins opéré pour la première fois, que certaines techniques sont plus utilisées. Nous ne savons pas si cela se pratique de manière consciente ou non. Pour tenter d'y voir plus clair, suivons « les nouveaux cahiers de l'infirmière »¹⁷⁹:

- s'interroger sur ses motivations, sur son but¹⁸⁰. Dans la méthode des entretiens, nous ne pouvons que nous fier aux dires des infirmières nous n'avons pas observée leurs comportements. De leurs réponses apparaît néanmoins que toutes savent dans quel but elles entrent en communication avec le patient (l'accueil) ;
- connaître les attentes et les motivations du patient, savoir s'il est prêt à recevoir des informations et apte à les comprendre¹⁸¹. Nous partons de l'a priori qu'elles sont capables d'identifier si un patient est prêt à recevoir de l'information ou non (s'il est trop stressé par exemple), d'ailleurs une des infirmières interrogées a déclaré que s'il était trop stressé, elle laissait le patient se détendre avant de lui donner toutes les informations.

Les auteurs cités énumèrent ensuite les éléments facilitateurs : la redondance¹⁸² et le feedback¹⁸³. Lorsqu'un patient est opéré pour la première fois, les soignantes recherchent un feedback afin de vérifier la compréhension des informations données. Nous avons noté qu'elles utilisent la redondance lorsqu'un patient demande à plusieurs reprises les mêmes choses.

Si la quasi-totalité des infirmières interrogées procèdent de la même manière pour accueillir le bénéficiaire de soins opéré pour la première fois, c'est parce qu'elles pensent que la première hospitalisation a une influence sur les suivantes.

À présent, examinons les différences relevées entre nos deux échantillons. Les infirmières ayant déjà été opérées ont toutes affirmé qu'elles sont plus attentives à la douleur depuis leur opération. Les infirmières n'ayant jamais été opérées n'ont pas fait mention d'une attention particulière à cet égard : toutefois, il est révélateur que la seule infirmière ayant été

¹⁷⁹ AMAR B. et GUEGUEN J-P. Nouveaux cahiers de l'infirmière, *Concepts et théories démarches de soins infirmiers*. Chapitre 11 : Soins infirmiers et communication. Editions Masson , 2007. p. 85. Prit du site : http://books.google.ch/books?id=sWDOFUdNSooC&pg=PA86&lpg=PA86&dq=communication+professionnelle+infirmier&source=bl&ots=M6vL40_GWZ&sig=d8xt7p7E56OvLciAwD1PW6vR3k&hl=fr&ei=XoYRSu70C4nFsgbby-SRCA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2#PPA86,M1 . Consulté le 18.05.09

¹⁸⁰ Ibid p.85

¹⁸¹ Ibid p.85

¹⁸² Ibid p.85 : « Répétition d'un message, sous la même forme ou sous une forme différente »

¹⁸³ Ibid p.85 : « L'information en retour devra toujours être sollicitée chez l'infirmière, même chez une personne qui ne peut s'exprimer oralement. »

hospitalisée dit avoir modifié sa pratique. Elle a pris conscience de l'importance du contact physique et utilise maintenant plus le toucher comme aide thérapeutique.

La plupart des professionnelles de mon échantillon pensent que si elles étaient amenées à vivre une opération, elles développeraient un nouveau regard sur les situations de soins. Ce fait est, en partie, confirmé avec les soignantes de l'échantillon de Karine, la majorité dit avoir modifié sa pratique et être plus attentives aux besoins du patient : effectivement elles ont amélioré leur pratique en fonction des éléments qu'elles ont trouvés insatisfaisants lors de leur hospitalisation.

Il est clair que ce n'est pas parce qu'une infirmière n'a jamais été opérée qu'elle manque de compétences ou qu'elle est moins professionnelle pour autant.

Avant de conclure, il nous faut jeter un regard critique sur notre travail, en valider les éléments, en tirer certains enseignements. C'est l'objet du chapitre que nous ouvrons maintenant.

11. DISCUSSION

Nous allons présenter la synthèse des principaux résultats de cette recherche, puis, à partir des différentes étapes qui la composent, nous tenterons d'apprécier la crédibilité et la validité de notre étude. Dans un deuxième temps, nous examinerons ce que nous a apporté ce travail du point de vue professionnel et personnel, enfin nous terminerons ce chapitre en présentant quelques pistes de réflexion.

11.1. VALIDITE INTERNE DE LA RECHERCHE

La validité interne se mesure à la cohérence des différentes parties qui composent notre étude qualitative. Pour analyser la pertinence de notre recherche, il nous faut prendre une certaine distance par rapport à notre travail. Nous suivrons ici l'ordre de nos principaux chapitres. Tout d'abord nous traiterons du cadre théorique, ensuite de notre méthodologie, en considérant l'échantillon interrogé. Puis, nous passerons en revue les limites de notre analyse et étudierons la concordance des résultats obtenus. Pour conclure, nous évaluerons l'atteinte des objectifs de recherche présentés au début de notre travail.

11.1.1. Choix du thème et du cadre conceptuel

Concernant notre sujet, nous avons constaté qu'il n'y avait pas à ce jour, de recherche portant sur le thème de « l'accueil lors d'une première opération » : il était donc justifié d'y consacrer ce travail. Pour ce qui est du cadre conceptuel, nous avons dû le remanier à plusieurs reprises, car nous avons sous-estimé l'importance de certains concepts, centrés sur l'accueil. Nous avons alors complété notre recherche théorique relativement au concept de communication et de relation d'aide. Durant les entretiens semi-directifs, nous nous sommes rendu compte de l'importance de l'utilisation d'éléments appartenant à ces cadres théoriques dans la conduite infirmière lors de l'accueil pour la prise en charge du patient opéré pour la première fois.

11.1.2. Outils méthodologiques

Etre à deux pour effectuer cette recherche nous a permis de disposer d'un échantillon de seize personnes et de recueillir ainsi plus de données comparativement à un Travail de Bachelor effectué seule. Nous avons choisi l'entretien semi-directif pour avoir la possibilité d'approfondir nos investigations en interagissant avec les participantes et d'obtenir des résultats ciblés. De fait, malgré la durée restreinte des entretiens, les données récoltées sont pertinentes et nous ont permis de répondre à notre question de recherche.

11.1.3. Echantillon choisi

Notre désir d'interroger des infirmières ayant déjà subi une opération et d'autres non était un choix central dans l'établissement de notre recherche. Nous voulions voir s'il y a une différence de prise en charge entre ces deux populations. En dépit de notre sentiment d'avoir atteint partiellement la saturation des données¹⁸⁴, nous trouverions intéressant d'élargir l'échantillon. Selon nous, augmenter le nombre de personnes interrogées permettrait de déterminer si les enseignements tirés de cette étude peuvent être généralisés.

En disposant de plus de temps, nous aurions désiré créer un troisième échantillon composé de patients, afin d'avoir aussi le point de vue des bénéficiaires de soins et de pouvoir comparer les données. Les besoins réels des patients opérés pour la première fois seraient de la sorte appréhendés plus sûrement.

11.1.4. Analyse

Notre analyse a été conduite de manière différente, chacune choisissant la méthode qui lui correspondait le mieux. J'ai commencé par relever les éléments significatifs des entretiens en relation avec les différentes questions. Puis, j'ai fait une analyse descriptive, j'ai mis en relation les données des enquêtées avec les concepts, les objectifs et les hypothèses. Tandis que Karine, pour chaque objectif de recherche, a mis en évidence les thèmes principaux et a, ensuite, analysé les données recueillies en les mettant en concordance avec les concepts. Chacune de nous a obtenu un résultat adéquat au regard de notre question centrale de recherche.

Malgré la durée restreinte des entretiens, nous avons le sentiment d'avoir obtenu des réponses complètes et pertinentes. Nous craignons réellement que la durée des entretiens soit un handicap. Cela n'a pas été le cas. Nous estimons avoir recueilli suffisamment de données pour que notre travail de recherche soit valable.

11.1.5. Résultats et atteinte des objectifs

L'analyse des résultats obtenus nous a apporté les éléments de réponse à la question centrale de recherche¹⁸⁵. Nous pouvons, dès à présent, mesurer l'atteinte des objectifs liés à la recherche proprement dite. En vue des entretiens semi-directifs, nous avons utilisé les objectifs de recherche pour établir les différentes questions. Un des constats que nous pouvons faire est que la communication professionnelle est reconnue d'importance dans la prise en charge infirmière lors d'une première opération. Un autre constat est qu'une différence est marquée entre nos deux échantillons : les infirmières ayant déjà été opérées mentionnent spontanément le thème de la douleur. Les résultats des données se trouvent au chapitre de l'analyse, à la fin de chaque objectif nous en avons évalué l'atteinte. Ces résultats ont apporté de nouvelles réponses à notre questionnement et suscitent de nouvelles questions.

¹⁸⁴ Cet aspect sera traité dans le chapitre de la validité externe de la recherche.

¹⁸⁵ Qui figure au chapitre de la « Synthèse des résultats ».

11.2. VALIDITE EXTERNE DE LA RECHERCHE

Les résultats de la présente recherche ne peuvent être généralisés à tous les services de chirurgie, en raison notamment du nombre restreint de notre échantillon. Certaines données peuvent être extrapolées à l'ensemble des infirmières de chirurgie, dans la mesure où nous avons constaté à travers notre échantillon, que toutes procèdent quasiment de la même manière lors de l'accueil : elles accordent une attention soutenue aux mêmes compétences pour conduire au mieux l'accueil d'un patient qui est opéré pour la première fois.

Quant au seuil de saturation, nous pensons qu'il a été atteint pour certains des résultats obtenus, comme, par exemple pour les outils utilisés lors de l'accueil. Toutes les infirmières ont un fil rouge qui guide leur prise en charge : utiliser la communication professionnelle, accorder plus de temps au patient qui se fait opérer pour la première fois, etc. En relation avec ces thèmes, nous n'avons pas eu à un moment une donnée nouvelle sur laquelle rebondir.

En revanche, en ce qui concerne le vécu des infirmières et leur réceptivité émotionnelle, il n'est pas permis de les généraliser : ils sont en fonction du moment et de l'individu.

11.3. REFLEXIONS ET INTERROGATIONS

La synthèse conjointe des résultats et les réponses à la question centrale de recherche, ont suscité maintes réflexions et interrogations de notre part.

Un des constats les plus frappants, est que les infirmières n'ont pas un endroit précis où trouver l'information quant à une « première opération » : chacune procède à sa façon pour rechercher cette information.

Pourtant il paraît essentiel que l'infirmière accède rapidement à une information qui va déterminer sa pratique. Comme nous l'avons vu lors des entretiens, l'infirmière adapte à la situation du patient sa prise en charge lors de l'accueil. Nous avons également noté que, si l'infirmière n'est pas au courant que le patient vit sa première opération, cette information peut demeurer ignorée durant tout le séjour hospitalier. Le fait nous interpelle, car, à travers nos entretiens, nous avons établi que l'accueil était un moment important mais aussi déterminant pour la suite de l'hospitalisation. Une infirmière interrogée par Karine, a déclaré que l'accueil a un impact sur la suite de l'hospitalisation. S'il se déroule mal, il n'y a pas de relation de confiance, le patient reste stressé et pourrait garder un mauvais souvenir de sa première opération, etc.

Un élément qui nous a également frappées et que l'outil que représente le livret d'accueil n'a pas été cité par la majorité des participantes durant nos entretiens. Cela nous a étonnées d'autant plus que notre questionnaire était ciblé sur la prise en charge infirmière lors de l'accueil. Nous pouvons alors nous demander si la soignante utilise cet outil. De plus, si l'infirmière n'y fait pas référence, le patient peut ne pas le lire durant toute son hospitalisation. Au contraire, si l'infirmière en parle avec le bénéficiaire de soins, le livret non seulement servira de support lors de l'accueil, mais il permettra d'entamer le dialogue sur certains questionnements venant du patient. Pouvons-nous en déduire que la brochure n'est

pas reconnue par les professionnelles et se demander alors à quoi va servir le nouveau livret dédié spécialement à la chirurgie ? Certaines infirmières ont indiqué qu'il arrive que des patients jettent le livret. Dans ces conditions se pose la question du rapport coût-bénéfice de ce document.

Comme outil utilisé par les infirmières nous avons pensé aux diagnostics infirmiers, mais très peu les utilisent. Nous avons observé que les professionnelles, mettent en place des objectifs de soins d'où découlent des actions, mais qu'elles ne font pas référence à des diagnostics infirmiers. Cela s'explique par différentes causes : le manque de temps, le fait que les infirmières ne sont pas formées à ce sujet, l'impossibilité de les intégrer dans le Phoenix dans certaines unités et dans d'autres, ils ne s'en servent pas encore. Monsieur Pillet¹⁸⁶, directeur des soins infirmiers du Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVs), nous a signalé qu'il est possible de faire un processus de soins, mais sans les diagnostics infirmiers.

Une de nos réflexions était qu'à tout moment il doit être possible d'établir un diagnostic pour le patient afin de mettre en place des objectifs de soins et des interventions adéquats. Au départ de notre étude, nous pensions qu'il existait un diagnostic concernant l'accueil qui aurait pu être utilisé. Notre recherche a montré que tel n'était pas le cas. En réalité, les infirmières mettent en place des objectifs et des interventions individualisés pour chaque patient, qui sont l'aboutissement d'une réflexion établie grâce au recueil de données. Nous pouvons nous demander si les diagnostics infirmiers ont leur importance. Sont-ils indispensables ou poser un objectif suffit-il ? Dans le futur, seront-ils aisément accessibles à toutes les professionnelles qui n'en ont jamais fait usage auparavant ?

Un élément tout aussi surprenant est venu s'ajouter, lors de nos entretiens, j'ai demandé aux infirmières comment elles souhaiteraient être prises en charge pour leur première opération. À notre étonnement, quelques-unes relèvent qu'elles ont la formation d'infirmière et qu'elles ont déjà des connaissances quant à la première opération : les professionnelles ne semblent pas souhaiter une prise en charge infirmière particulière. Alors qu'au cours de nos études, nous avons eu plusieurs témoignages d'infirmières qui disaient ne pas avoir reçu assez d'informations quant à la prise en charge lors de leur première opération. Les professionnelles du service concerné partaient du principe qu'elles étaient au courant de ce qui allait se passer parce que justement elles travaillent dans un service de chirurgie. Nous remarquons qu'il y a un écart entre les représentations que l'infirmière a de ses besoins dans une situation qu'elle ne connaît pas et entre la situation qui lui est connue. Cette différence peut s'expliquer du fait que, tant que nous n'avons pas expérimenté un événement, nous ne pouvons que l'imaginer. Une fois qu'il a été vécu, il y aura probablement une modification des représentations. Nous avons trouvé judicieux de mentionner cet élément, car nous pensons que même si un de nos patients se trouve être un professionnel de la santé, nous nous devons d'évaluer ses besoins et d'y répondre afin qu'il vive son opération au mieux.

¹⁸⁶ Source : Monsieur Jean-François Pillet, directeur des soins infirmiers du Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVs), cours dispensé à la HES-SO de Sion. Le 25.05.09.

À ce propos, voyons ce qu'il en est des résultats obtenus par Karine. Dans son échantillon, certaines soignantes avaient été opérées dans le service où elles travaillaient. Elles ont relaté le fait qu'elles étaient « chouchoutées » par les soignantes qui ont gravité autour d'elles, dans le sens où tout le monde était aux petits soins pour elles. Cela nous fait problème: tout le monde n'a-t-il pas le droit à la même prise en charge ? Après introspection nous nous disons que ces attitudes sont normales, car il est naturel, en présence d'une connaissance proche qui vit une opération, d'être plus attentive à ses besoins. Il n'en demeure pas moins qu'il est capital d'être conscient de ces mécanismes afin d'éviter tout comportement discriminatoire.

Dans le même ordre d'idées, les données recueillies chez une des participantes interrogées par Karine nous interpellent. Cette infirmière semble utiliser son expérience comme « un baromètre de la douleur » : selon ce qu'elle a vécu et supporté en termes de douleur elle dit savoir : « (...) *que cela ne fait pas plus mal que tant alors pour certains trucs je suis peut-être un peu plus dure* ». Au regard de cette prétention, il est permis de s'interroger : est-il possible que l'infirmière « s'enferme » dans son vécu ?

Le dernier point, mais le plus préoccupant peut-être, à nos yeux, a trait à la notion de temps. En effet, c'est une constante dans nos entretiens semi-directifs, les professionnelles font part d'un manque certain de temps dans leur prise en charge.

En allant dans les services nous avons constaté qu'il y avait énormément de travail. Et surtout, toutes disent qu'elles souhaiteraient avoir plus de temps à accorder au patient, notamment lors de l'accueil. Considèrent-elles l'accueil comme un soin ? Les infirmières bénéficient-elles d'un temps particulier pour celui-ci ? Pouvons-nous imaginer que ce manque de temps serait dû au manque de professionnelles ?

Il aurait été intéressant d'élargir notre champ de recherche et de compléter notre étude en adoptant l'angle des représentations des soignantes. Comme nous l'avons dit précédemment, il y a un écart entre l'image que l'on se fait d'une situation sans l'avoir vécue puis en l'ayant expérimentée et les représentations influencent nos actions, comme le fait d'avoir un certain nombre d'années d'expérience, l'âge, la culture, etc.

12. CONCLUSION

Parvenues au bout de notre recherche en soins infirmiers de niveau initial, nous allons procéder à l'évaluation de notre travail. Chacune d'entre nous se référera à ses objectifs d'apprentissage et estimera leur atteinte. Ensuite, nous ferons le tour des apports professionnels ainsi que personnels que nous vaut ce Travail de Bachelor.

12.1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Premier objectif formulé:

Collecter plusieurs témoignages d'infirmières concernant la prise en charge qu'elles mettent en place lors de l'accueil d'un patient qui est admis en préopératoire pour la première fois, dans un service de chirurgie.

Cet objectif a été atteint : j'ai pu m'entretenir avec plusieurs infirmières d'un service de chirurgie générale, j'ai collecté de nombreuses données, grâce auxquelles j'ai pu construire mon analyse. Les professionnelles ont répondu à différentes questions relatives à la prise en charge lors de l'accueil dans un service de chirurgie d'un patient opéré pour la première fois. J'ai pu concevoir mon entretien semi-directif afin d'interroger correctement les participantes. Leurs réponses, montrent qu'elles accordent plus de temps à ce patient et qu'elles s'assurent que celui-ci a compris les étapes de son hospitalisation. Il en ressort également que les infirmières adaptent leur prise en charge à chaque patient.

Deuxième objectif fixé:

Etudier, à travers le type d'échantillon choisi, l'influence que peut avoir dans la prise en charge d'un patient le vécu intra-hospitalier personnel d'une infirmière.

Pour répondre à cet objectif, nous avons sélectionné deux échantillons : des infirmières ayant subi une opération et d'autres non. Cela dans le but d'observer les différences éventuelles entre ces deux populations. J'ai interrogé des infirmières qui n'avaient jamais été opérées, car je ne l'ai jamais été moi-même. Après la mise en commun de nos résultats, j'ai remarqué que la majorité des infirmières modifient ou imaginent qu'elles modifieraient leur prise en charge du patient après avoir vécu une opération. Par exemple les infirmières qui ont été opérées parlent spontanément durant l'entretien de l'attention qu'elles portent aux ressentis douloureux du bénéficiaire de soins. Dans mon échantillon, cette attention à la douleur de l'autre est très peu ressortie. Mais toutes les infirmières disent qu'une première opération est importante, car les premières expériences sont marquantes. Les infirmières auront comme objectifs de soins d'être disponible pour le patient, de pouvoir répondre aux différentes interrogations. De plus, elles veilleront à ce que le patient se sente à l'aise dans ce nouvel endroit et qu'il ne soit pas perdu face à l'inconnu.

Mon troisième objectif proposé était:

Analyser les données obtenues lors des entretiens semi-directifs et confronter les réponses avec la problématique.

Cet objectif a pu être réalisé lors de l'analyse des données. La confrontation des informations obtenues avec la problématique m'a permis de répondre à la question centrale de recherche. Il en est ressorti qu'il y a une différence spontanée de prise en charge de la part de l'infirmière lors d'une première opération. Il est important de préciser qu'il n'y a pas de prise en charge type pour une première opération, toutes les infirmières donnent des soins individualisés. Puis, mettant en commun avec Karine nos données sur le vécu personnel intra-hospitalier des différentes participantes, nous avons pu noter quelques différences, en particulier le fait que les infirmières qui ont été opérées parlent spontanément de l'attention qu'elles portent à la douleur, même sans question spécifique à ce sujet.

Le dernier objectif que je m'étais fixé était de:

Tenter d'expliquer les différents résultats de ma recherche et analyser de manière critique la méthodologie appliquée.

Selon moi, cet objectif est partiellement atteint : au fil de mon analyse j'ai tenté d'expliquer les données obtenues en faisant le lien avec le cadre conceptuel. D'autre part, avec Karine, nous avons pu mettre en corrélation nos différentes données, ce qui nous a permis de répondre à notre question centrale de recherche. Mais la critique de la méthodologie se fera ultérieurement, car tant que je travaillerai ma recherche je n'arriverai pas à avoir une vision véritablement globale.

12.2. FACILITES ET DIFFICULTES DE LA REALISATION

L'accomplissement de ce travail a été très enrichissant. Il nous a, entre autres, donné l'occasion de mettre en pratique une de nos compétences futures, celle de la collaboration et du travail en équipe.

Facilités

Ce thème, choisi après mûre réflexion, nous a motivées du début à la fin de notre travail. De ce fait, il a été aisé de nous impliquer dans sa réalisation. Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, le fait d'avoir travaillé à deux a été un point facilitateur pour notre recherche. Etre en binôme nous a permis de pouvoir compter l'une sur l'autre lors de moments difficiles. A vrai dire, nous pouvons parler de complicité et de complémentarité quant à la mise en œuvre de ce Travail de Bachelor. Un point que nous souhaiterions relever a été notre sens de l'organisation, grâce auquel nous avons pu concilier nos cours et l'écriture de ce travail. De plus, cet élément nous a permis de mettre en place des ressources lorsque nous rencontrons des difficultés, par exemple, en nous répartissant les rendez-vous avec notre

directrice de recherche. En outre, nous avons réussi à nous attribuer des tâches d'importance similaire lors des recherches ainsi que durant la rédaction de ce travail de Bachelor.

Difficultés

Il ne nous a pas été facile de mettre en pratique la méthodologie de recherche étudiée durant notre cursus d'étudiante en soins infirmiers. En effet, c'était la première fois que nous élaborions un travail de recherche complet. Il nous a fallu un certain temps pour intégrer les étapes de ce processus et les articuler au sein de notre texte.

Une autre difficulté résulte du manque de temps accordé durant les périodes scolaires pour ce travail. Effectivement, la pression de la dernière année s'est fait sentir, nous avons beaucoup de travail et moins d'interruptions de cours que les années précédentes. C'est là, selon nous, la plus grande difficulté à laquelle nous avons dû faire face, notre ambition étant d'élaborer un travail convenable et de le rendre à temps.

Le manque de temps est aussi à l'origine de la dernière difficulté que nous voulons mentionner à savoir celle de lire l'abondante documentation relative à notre sujet et de concilier temps d'écriture, de réflexion et de recherche.

12.3. APPORTS PERSONNELS DE LA RECHERCHE

Les apports de ce travail au point de vue personnel sont très diversifiés. J'ai pu appréhender un tout nouvel aspect de la profession d'infirmière, celui de chercheuse. Par conséquent, je me suis familiarisée avec la méthodologie de recherche en sciences infirmières, j'ai mis en pratique les différentes étapes qui la composent.

Cette recherche m'a permis d'appliquer mes savoir, savoir-être et savoir-faire. Lorsque je parle de savoir, j'entends, par exemple, le fait d'identifier une problématique du terrain et d'investiguer grâce à des recherches documentaires, informatiques, etc. Le savoir-être, je l'ai exercé lors des entretiens semi-directifs : je suis arrivée à l'heure, j'ai mis à l'aise les participantes, par exemple. Enfin le savoir-faire se retrouve dans l'élaboration de mon Travail Bachelor, c'est une alliance du savoir être et du savoir. J'ai mis par écrit les différentes données obtenues en appliquant la méthodologie de recherche en sciences infirmières. Ces différents savoirs guident ma formation d'infirmière et j'ai trouvé très enrichissant de pouvoir les utiliser lors de ma recherche.

Un aspect que j'aime à relever est le fait d'avoir mené à deux cette recherche ; ça m'a permis d'entraîner l'aspect de ma future profession que sont le travail d'équipe et la solidarité : nous avons pu nous soutenir lors des moments difficiles durant notre Travail Bachelor.

12.4. APPORTS PROFESSIONNELS DE LA RECHERCHE

Dans le cadre de l'accueil d'un patient opéré pour la première fois, j'ai constaté que la prise en charge était différenciée. Des données obtenues lors des entretiens semi-directifs, il ressort que les infirmières adaptent leur prise en charge à chaque patient. Toutes les infirmières configurent systématiquement leur prise en charge en fonction des différentes données recueillies sur le patient. Cette manière d'individualiser les soins a été apprise en cours et je me suis rendue compte qu'il n'y avait pas forcément besoin d'un protocole ou de guidelines pour que la prise en charge lors de l'accueil d'un patient opéré pour la première fois soit adéquate. D'autre part, la recherche a montré que la communication est un point central et qu'elle est primordiale pour établir une relation de confiance avec le patient. C'est ainsi que les infirmières adaptent leur prise en charge à un patient opéré pour la première fois. Cette communication professionnelle, je souhaite l'intégrer à ma pratique infirmière.

Une des compétences de l'infirmière est de pouvoir exercer sa profession de manière responsable et adaptée à chaque patient. Cette notion est clairement ressortie des entretiens semi-directifs : les infirmières procèdent toutes différemment, mais elles expliquent et justifient leurs choix et manières d'agir. Elles ont donc un fil rouge conducteur dans leur prise en charge. Le côté réflexif de l'infirmière a été mis en lumière, car le fait d'adapter sa prise en charge et de justifier ses choix dénote une faculté d'adaptation face à différentes situations de soins.

Je trouve intéressant et important d'explorer le lien entre son vécu personnel et sa façon de prendre en charge un patient. Bien entendu, il s'agit là d'un exercice personnel, mais j'ai été frappée par le fait que toutes les infirmières qui ont été opérées parlaient spontanément de la douleur, tandis que, dans mon échantillon, cet élément n'est que très peu ressorti. Aucune de mes questions ne portait spécifiquement sur la douleur ; il apparaît donc significatif que certaines infirmières y ont fait référence spontanément. Tout individu connaît, un jour ou l'autre, la sensation de douleur. Par conséquent, ce n'est pas cette expérience commune qui peut expliquer le phénomène. Est-ce que la douleur que l'on peut rencontrer tous les jours est identique à une douleur que l'on peut ressentir dans un milieu hospitalier ? L'analyse des données a montré que les avis divergeaient quant à la modification de la prise en charge du patient selon son vécu. Mon échantillon, composé d'infirmières qui n'avaient jamais été opérées, est de l'avis, dans sa majorité, que de vivre une opération peut enrichir sa manière de prendre en charge le patient. Personnellement, je pense qu'après une opération ma vision des soins pourrait changer. Toutefois, je crois que de n'avoir jamais été opérée m'aide aussi dans ma pratique. Je suis d'autant plus attentive à la qualité des soins que je donne et ma prise en charge est adaptée à la façon dont je souhaiterais être traitée si j'étais opérée. Quoi qu'il en soit, il est primordial de toujours se questionner sur sa vie professionnelle et sa vie personnelle. Ces questionnements permettront d'amener un équilibre dans différents domaines.

Enfin, avoir mené à terme cette recherche m'a beaucoup apporté, tant au niveau personnel que professionnel. J'ai pu me rendre compte de l'implication personnelle nécessaire pour effectuer une recherche. Le choix du sujet a été difficile, tant il y a de thèmes passionnants à traiter. Une fois la recherche lancée, je n'ai plus vu passer le temps. Toutes les étapes de la démarche sont difficiles à intégrer au départ, puis tout s'imbrique, tout s'explique, tout se justifie. Ces sensations sont très agréables. Sur un autre plan, j'ai eu l'occasion d'expérimenter la conduite

d'un projet en équipe : planifier les étapes, se répartir le travail, mettre en commun les idées, les recherches et trouver un consensus.

12.5. PISTES REFLEXIVES POUR DE FUTURES RECHERCHES

Dans notre travail, nous avons souligné l'influence que le vécu personnel peut avoir sur le vécu professionnel. Nous avons noté des différences, notamment quant à la perception de la douleur, plus marquée chez les infirmières ayant déjà subi une opération.

Il serait intéressant d'interroger des patients appelés à se faire opérer pour la première fois, dans le but de cibler au mieux leurs besoins et leurs demandes. Nous nous demandons si les patients souhaiteraient recevoir une attention particulière, plus d'informations, par exemple, des indications particulières auxquelles nous n'aurions pas pensé.

Nous l'avons indiqué plus haut, un nouveau livret d'accueil, spécifique contenant une partie pour chaque service, va être distribué dans le Réseau Santé Valais. Il serait captivant d'étudier l'utilité de ce nouvel outil lors de la prise en charge à l'accueil, qu'il s'agisse de l'utilisation comme outil de communication par les professionnelles ou de l'usage qu'en feront les patients. Il paraît évident et légitime que le patient s'attend à ce que la journée qu'il va vivre corresponde à la journée type qui lui est présentée. Si tel n'est pas le cas, comment les infirmières vont-elles réagir face aux questionnements des bénéficiaires de soins ?

Enfin, nous nous interrogeons quant à l'utilisation des diagnostics infirmiers dans les services : comment les infirmières qui ne les ont jamais utilisés vont-elles les « recevoir » et les mettre en pratique ? Cette manière de fonctionner sera-t-elle acceptée par toute l'équipe soignante ?

13. BIBLIOGRAPHIE

AMAR B. et GUEGUEN J-P. *Concepts et théories démarches de soins infirmier*. Editions Masson. Nouveaux cahiers de l'infirmière. Tome 1. 2007. Chapitre 11. Nombre de pages 243

ANAUT MARIE. « La résilience ». *Recherche en soins infirmiers* n°82. Septembre 2005 numéro spécial. Publication ARSI. Nombre de pages 102.

BEE HELEN. *Psychologie du développement, les âges de la vie*. Canada. Editions du Renouveau Pédagogique Inc. 1997. Nombre de pages 500.

BESSE MARTINE, MEILLAND FLORENCE, VERDON MELANIE. *L'accueil aux urgences*. Travail de diplôme, volée 1991-1994. Médiathèque Sion.

BESUCHET/HUGONET NADINE. *Aux frontières de l'inconscient, la peur de l'Inconnu c'est la peur de la Vie*. Lausanne Editeur Nadine Besuchet/Hugonet. 1982. Nombre de pages 141.

BOITTIN, LAGOUTTE, LANTZ. « Virginia Henderson 1887-1996 Biographie et analyse de son œuvre ». *Recherche en soins infirmiers* n° 68. Mars 2002. Pages 5 à 17.

BRUNNER et SUDDARTH, *Soins infirmiers en médecine et chirurgie*. Edition de Boeck. Volume 1. Nombre de pages : 656.

CHALIFOUR JACQUES, *La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique, humaniste*. Montréal : Gaëtan Morin, 1989. Pages : 78 à 80

CYRULNIK BORIS. *Les vilains petits canards*. Editions Odile Jacob. 2001. Nombre de pages 277.

DELMAS PHILIPPE, ARNOL CHANTAL, CLOUTIER LYNE. « L'influence d'un enseignement préopératoire sur l'anxiété du patient adulte opéré ». *Recherche en soins infirmiers* n°49. Juin 1997.

DEPELTEAU FRANÇOIS. *La démarche d'une recherche en sciences humaines, De la question de départ à la communication des résultats*. Bruxelles Editions De Boeck Université. 2005. Pages 314 à 336.

DOENGES et MOORHOUSE. *Diagnostics infirmiers, interventions et bases rationnelles*. Montréal. Editions Du Renouveau Pédagogique Inc. 2001. Nombre de pages 1280.

FORMARIER MONIQUE. « Approche du concept d'accueil, entre banalités et complexité ». *Recherche en soins infirmiers* n°75. Décembre 2003. Pages 15 à 20

FREI ANDREAS et HILL STEPHAN. *Le système Suisse de santé: données de bases, offres de biens et services, formation des prix, structure des principaux groupements et organisations sanitaires*. Bâle Editions Krebs SA. 1990. Nombre de pages 133p. En français et 133p. En allemand.

GARNIER, DELMARE. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 29^{ème} édition. Editions Maloine. 2006. Nombre de pages 1048.

GASANI EDINA. *L'anxiété et les futurs opérés*. Sous la direction d'Emmanuel Solioz. 2007. MFE.

GUIMELLI CHRISTIAN. *La pensée sociale*. Paris Edition Presses Universitaires de France. 1999. Nombre de pages 127.

KAËS RENE, MISSENARD A., KASPI R., ANZIEU D., GUILLAUMIN J., BLEGER J., JACQUES E. *Crise, rupture et dépassement*. Paris Edition Dunod. 2004. Nombre de pages 324.

KAUFMANN JEAN CLAUDE, *L'entretien compréhensif*. Editions Nathan Université, Paris. 1996. Nombre de page 68

KOCHER GERHARD et OGGIER WILLY. *Système de santé Suisse 2001/2002, survol de la situation actuelle*. Editions Concordat des assureurs-maladie-suisse. 2001. Nombre de pages 256.

L'ECUYER RENÉ. *Le développement du concept de soi de l'enfance à la vieillesse*. Edition les presses de l'université de Montréal. 1994. Nombre de pages 422.

LE GALL ANDRÉ. *Angoisse et Anxiété – Que sais-je ?, 6^{ème} édition*. Editions PUF. 2001. Nombre de pages : 128.

LOISELLE CARMEN G. et PROFETTO-MCGRATH JOANNE. *Méthodologie de recherche en sciences infirmiers approches quantitatives et qualitatives*. Canada Editions du renouveau pédagogique. 2007. Nombre de pages : 591.

MCCLOSKEY J.C et BULECHEK G.M. *Classification des interventions infirmiers*. Editions Maloine Décarie. 1996. Nombre de pages 366

PHANEUF MARGOT. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Editions de la Chenelière inc 2002. Nombre de pages 634

POTTER PATRICIA A. et PERRY ANNE G. *Soins infirmiers, théorie et pratique*. Editions ERPI. Chapitre 29 : le concept de soi. Nombre de pages 754

REY-DEBOCE JOSETTE et REY ALAIN. *Le Nouveau Petit Robert dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Edition entièrement revue et amplifiée du Petit Robert. 1993. Nombre de pages 2841.

STORA JEAN-BENJAMIN. *Le stress*. Paris. Edition Que sais-je ?. Presses Universitaires de France. 1991. Nombre de pages 127.

TOWNSEND MARY C. *Soins infirmiers, Psychiatrie et santé mentale*. Edition Erpi. Nombre de pages 770.

13.1. CYBEROGRAPHIE

Etat et évolution de la population en 2007. Confédération Suisse.

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/bevoelkerungsstand.htm>

Consulté le 05.08.08

Etat des hospitalisations en 2007. Confédération Suisse.

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/01/key/inanspruchnahme.html>

Consulté le 05.08.08 et le 11.05.09

Dictionnaire médical en ligne.

<http://dictionnaire.mediadico.com/traduction/dictionnaire.asp/synonymes/hospitalisation/2007>

Consulté le 05.08.08

Site pour les infirmiers

<http://www.infirmiers.com/>

Consulté le 05.08.08

Banque de donnée de la santé publique française.

<http://www.bdsp.ehesp.fr/>

Consulté le 10.08.08

Bibliothèque numérique RERO DOC.

<http://doc.rero.ch/>

Consulté le 10.08.08

Catalogue collectif RERO.

<http://opac.rero.ch/gateway>

Consulté le 10.08.08

Définition des principes éthiques

<http://www.cmontmorcency.qc.ca/~mbelcourt/ethiqueetsoinsinfirmiers.ppt#297,17,Autonomie>

Consulté le 17.11.08

Résau Santé Valais.

http://www.rsv-gnw.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=30&lang=fr

Consulté le 17.11.2008

Définition des représentations.

<http://francois.muller.free.fr/diversifier/represen.htm>

Consulté le 01.12.08

Définition de la suva

www.suva.ch

Consulté le 10.12.08

Site pour les professionnels de la santé.

<http://www.caducee.net/DossierSpecialises/cardiologie/stress2.asp#maladies>

Consulté le 28.03.09

Site français destiné aux infirmiers.

<http://www.infirmiers.com/inf/recommandations-protocoles-procedures.php>

Consulté le 13.04.09

Résau Santé Valais. Hôpital de Sion, admission des patients.

<http://www.rsv-gnw.ch/fr/siteshospitaliers/sion/infospatients/Pages/admission.aspx>

Consulté le 24.04.09

Observatoire Valaisan de la Santé

<http://www.ovs.ch>

Consulté le 30.04.09

Canton du Valais

http://www.vs.ch/Press/DS_3/ACC-2009-04-23-15264/fr/o_2.pdf

Consulté le 18.05.09

14. ANNEXES

Bachelor HES-SO en soins infirmiers

Lieu de période de formation pratique

Semestre automne printemps

Répétition

Nom de l'étudiant-e

Site de formation

Période du _____ au _____

ÉVALUATION DES COMPÉTENCES – niveau «expertise»¹

Synthèse de l'évaluation:

Absences pendant la période de formation pratique: _____ jours

Dates et Signatures:
Étudiant-e:

Praticien-ne formateur-trice

(a pris connaissance)

Résultat²:

A B C
 D E
 FX F

Formateur-trice HES

¹D'après : Le Boterf, G. (2002). *Ingénierie et évaluation des compétences (4ème éd.)*. Paris : Organisation.

²Résultats selon l'échelle de notation ECTS :

- A = Excellent** : résultat remarquable, avec seulement quelques insuffisances mineures
- B = Très Bien** : résultat supérieur à la moyenne, malgré un certain nombre d'insuffisances
- C = Bien** : travail généralement bon, malgré un certain nombre d'insuffisances notables
- D = Satisfaisant** : travail honnête mais comportant des lacunes importantes
- E = Passable** : le résultat satisfait aux critères minimaux
- FX = Insuffisant** : la période de formation pratique doit être répétée
- F = Insuffisant** : la période de formation pratique doit être répétée

1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins

L'étudiant-e :

- appréhende la complexité de l'intégration de l'histoire et du contexte de vie de la clientèle (inclut le client et son entourage) dans l'analyse de la situation et la détermination du projet de soins
- se réfère explicitement à des nouvelles connaissances et modèles d'interventions adaptés aux soins infirmiers dans son activité professionnelle
- recourt au jugement professionnel pour analyser la situation et argumenter ses décisions professionnelles
- maîtrise des stratégies d'interventions différenciées et créatives : (éducatives, de promotion de la santé, préventives, diagnostiques et thérapeutiques, de réhabilitation, de suppléance... etc.) dans la gestion des situations rencontrées
- crée des conditions de prise en soins qui garantissent le respect des dimensions légales, déontologiques et éthiques

Commentaires:

2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires

L'étudiant-e :

conduit une relation professionnelle appropriée à chaque situation de soins :

- intègre dans chaque situation relationnelle les caractéristiques propres à la clientèle concernée (âge, état de santé, situation sociale, culture, etc.)
- s'implique personnellement dans le respect de l'altérité du client
- utilise le geste et le soin au corps dans la relation
- met en place et maintient le(s) cadre(s) nécessaire(s) au travail relationnel (relation d'aide, relation thérapeutique, etc.)
- accompagne le client dans la construction du sens de l'expérience vécue

réalise les soins requis :

- détermine les ressources les plus pertinentes à la situation
- discute les moyens pertinents mis en place en tenant compte du contexte
- argumente ses interventions en regard des critères de qualité des soins

organise son travail en tenant compte du contexte :

- argumente les priorités et les opérationnalise
- critique les réajustements opérés dans son activité face à des imprévus
- mobilise les ressources et compétences nécessaires
- délègue, supervise et évalue le travail confié
- garantit l'établissement du dossier de soins et de la qualité des transmissions orales et écrites

Commentaires:

3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé

L'étudiant-e :

- se réfère aux déterminants de la santé pour évaluer les besoins de santé
- accompagne la clientèle dans la clarification de ses demandes et dans la recherche de solutions, respecte ses choix
- choisit et développe des stratégies et des méthodes appropriées à la clientèle et aux situations de promotion et d'éducation
- conduit des actions éducatives
- propose et participe à des projets de santé communautaire
- oriente et motive la clientèle dans ses démarches et dans son utilisation du système de santé

Commentaires:

4. Evaluer ses prestations professionnelles

L'étudiant-e :

- justifie son auto-évaluation sur la base de connaissances actualisées et de critères de qualité explicites
- recourt systématiquement à la réflexion dans et sur l'action et conceptualise ses interventions
- démontre, dans sa pratique, la prise en compte de l'évaluation de ses pairs et celle de la clientèle

Commentaires:

5. Contribuer à la recherche en soins et en santé

L'étudiant-e :

- utilise et partage des résultats de recherches dans sa pratique
- participe à des projets de recherche en respectant les principes éthiques
- s'initie à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain (travail de Bachelor)
- participe au développement de pratiques infirmières relevant de savoirs fondés scientifiquement

Commentaires:

6. Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de la santé

L'étudiant-e :

- mène des actions d'information et de formation
- participe en tant que pair à l'encadrement d'étudiants dans la réalisation de leurs prestations
- participe à l'intégration de nouveaux collaborateurs
- s'implique dans des processus de changement en cours dans les dispositifs de formation et d'encadrement

Commentaires:

7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire

L'étudiant-e :

- intègre son activité dans le contexte sociopolitique et économique
- s'engage dans un travail d'équipe et dans des activités en équipe interdisciplinaire et dans les processus décisionnels
- mobilise les ressources du réseau, coordonne et développe des projets communs
- affirme ses valeurs professionnelles pour défendre les droits et intérêts de la clientèle

Commentaires:

8. Participer aux démarches qualité

L'étudiant-e :

- évalue la qualité des soins et mesure la satisfaction de la clientèle
- utilise des outils et procédures d'évaluation de la qualité et fait des propositions d'amélioration
- fait preuve d'esprit critique dans l'utilisation des outils et des résultats

Commentaires:

9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome

L'étudiant-e :

- suit l'évolution des politiques socio-sanitaires et en discerne les enjeux pour sa profession
- intègre régulièrement les nouvelles connaissances et technologies dans sa pratique
- prend des initiatives et assume les décisions relatives à sa pratique professionnelle
- s'engage à contribuer au développement et à la visibilité de la profession infirmière
- contribue à la défense des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité et au maintien et au développement de la santé en général
- préserve quotidiennement sa santé dans son travail
- intègre son auto-évaluation et l'évaluation de l'équipe soignante dans une approche critique de son propre positionnement professionnel ainsi que face au développement de la profession

Commentaires:

Norme 1 : Les soins selon la brochure de l'ASI

L'infirmière :

- 1.1 établit avec le patient, ses proches ainsi qu'avec l'équipe une relation qui favorise l'échange d'informations, une compréhension partagée de la situation et la participation de tous aux étapes du processus de soins.*
- 1.2 S'assure que le patient et ses proches reçoivent et puissent utiliser l'information et l'enseignement nécessaires en ce qui concerne leurs droits, la promotion de la santé, la maladie dont souffre le patient, les soins et les traitements dont il a besoin, les mesures de prophylaxies et l'organisation de la vie quotidienne.*
- 1.3 Documente les soins et leurs effets du début à la fin de son intervention dans un langage professionnel compréhensible et correct,*
- 1.4 Identifie systématiquement les besoins et les ressources du patient au début de l'intervention de soin ou de santé (recueil de données, anamnèse, histoire de vie, etc.) et pose, avec le patient, un diagnostic infirmier. Ces données sont continuellement réévaluées et complétées dans le plan de soins.*
- 1.5 Elabore des objectifs de soins avec le patient (si nécessaire en tenant compte de ses directives anticipées), ses proches, l'équipe, à partir de données recueillies et dans la perspective d'un projet thérapeutique global. Ces objectifs sont réalistes et les résultats mesurables et /ou observables.*
- 1.6 Décide des mesures de soins, avec le patient, ses proches, respectivement l'équipe, en fonction des objectifs de soins, de l'état des connaissances et de l'expérience, des prescriptions médicales et des résultats attendus.*
- 1.7 Intervient de manière créative, efficace et économique, le confort et la sécurité (objective et subjective) du patient étant considérés comme une priorité*
- 1.8 S'assure que toutes les observations sur l'état du patient et le déroulement des soins sont correctement documentées et transmises.*
- 1.9 Évalue avec les personnes impliquées l'atteinte des objectifs et modifie le plan de soins en conséquence.*
- 1.10 Planifie avec le patient, ses proches et l'équipe la suite de l'intervention : transfert du domicile dans une institution de soins et vice-versa, d'un service/institution à un/une autre (réhabilitation, soins aigus, palliatifs, ambulatoires) etc.*
- 1.11 S'assure que le patient et/ou ses proches ont reçu l'information, la préparation et la documentation dont ils ont besoin pour poursuivre le traitement et les soins*
- 1.12 établit un rapport synthétique des documents infirmiers et du plan de soins à l'intention de la personne responsable d'assurer la continuité des soins lorsque le patient est transféré.*
- 1.13 analyse sa propre pratique pour en assurer la qualité, l'efficacité et y intégrer de nouvelles connaissances et résultats de recherche.*
- 1.14 accompagne, encadre, évalue les personnes en formation et les membres de l'équipe à qui elle a délégué les activités de soins.*
- 1.15 contribue au sein de l'équipe aux mesures visant l'humanisation des services, le développement des personnes, le respect mutuel, la formation et le développement de la profession.*

Sion, le 12.01.09

TRAVAIL DE BACHELOR SUR LA PRISE EN CHARGE INFIRMIERE DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE LORS D'UNE PREMIERE HOSPITALISATION

Réalisé par Van de Maele Isis et Erné Karine, étudiantes à la HES-SO//Valais Wallis

Information destinée aux personnes participant à l'étude

Madame,

Dans le cadre de notre formation à la HES-SO// Valais Wallis nous entreprenons un mémoire de fin d'étude dans le but de comprendre quelles actions l'infirmière met-elle en place lorsqu'un patient est hospitalisé ou opéré pour la première fois. Nous souhaiterions identifier si le vécu personnel de l'infirmière a une influence sur sa prise en charge. Directement concernée par ce sujet, vous êtes pour nous une source précieuse de renseignements.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude et de vous demander si vous souhaitez y participer.

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser. Si vous refusez, cela n'aura aucune conséquence négative sur votre prise en charge. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

L'étude sera menée sous la forme d'une enquête. Si vous acceptez d'y participer, nous vous contacterons et fixerons avec vous un rendez-vous en vue d'un entretien. Cet entretien se déroulera à l'hôpital ou un autre endroit de votre choix, au moment qui vous conviendra le mieux, en tête-à-tête avec moi-même et durera environ 30 à 45 minutes. Il sera enregistré pour éviter de déformer vos propos lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard fin 2009.

Au début de l'entretien, nous vous donnerons des informations complémentaires et répondrons à toutes les questions que vous souhaitez nous poser. Vous serez ainsi en mesure de dire si vous voulez ou non participer à l'étude.

Si vous acceptez de participer, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, vous serez en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions si elles vous dérangent.

Cette étude vise à analyser la prise en charge infirmière lors d'une première hospitalisation. Pour ce faire, un entretien est prévu, lorsque celui-ci vous convient.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonyme et pourront faire l'objet de publications dans des revues professionnelles.

Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de cette étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Nous ne pouvons malheureusement pas vous offrir de compensation en échange de votre participation, mais elle me serait précieuse pour notre travail de bachelor.

Nous vous remercions pour l'attention portée à cette information.

Contacts :

Van de Maele Isis, étudiante à la HES-SO//Valais Wallis.

Adresse mail : isisvdm@hotmail.com

Numéro de téléphone : 079.675.64.70

Erné Karine, étudiante à la HES-SO//Valais Wallis.

Adresse mail : karine_erne@yahoo.fr

Numéro de téléphone : 078.732.26.02

Madame Sougner-Remilleux Christine, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis

Entretiens semi-directifs des infirmières n'ayant jamais vécu une opération

Question de recherche	Objectif de recherche	Question d'entretien	Relances	Concepts
<p>Lorsqu'un patient est admis pour la première fois en préopératoire dans un service de chirurgie générale, quelles actions spécifiques les infirmières mettent-elles en place lors de l'accueil ?</p> <p>Dans une telle situation, constate-t-on une différence quant à la prise en charge entre une infirmière ayant déjà subi une opération et une infirmière qui n'a jamais été opérée ?</p>	<p>- Mettre en évidence les outils utilisés de manière formelle lors d'une prise en charge infirmière pour une première opération au sein du service. Ces outils seront inventoriés à l'aide des témoignages infirmiers.</p>	<p>1/ Pouvez-vous m'expliquer comment vous organisez l'accueil (relation) d'un patient qui rentre dans votre service pour une opération ?</p> <p>2/ Quels moyens avez-vous pour savoir si un patient est opéré/hospitalisé pour la première fois ?</p> <p>- Ce fait a-t-il une influence dans l'adaptation de votre prise en charge, si oui de quelle manière (au niveau de la communication)?</p> <p>- Selon vous, le patient a-t-il des besoins ou des demandes plus spécifiques qu'un autre patient ?</p> <p>-Quels moyens relationnels mettez-vous en place pour répondre à ses besoins spécifiques ?</p>	<p>- A votre avis, est-ce important de le savoir ?</p> <p>- Selon vous, est-ce nécessaire de différencier la prise en charge ?</p> <p>- Pouvez-vous me décrire les différences que vous faites dans votre pratique si l'opération est la première ?</p>	<p>- Concept d'anxiété</p> <p>- « concept de crise »</p>

		<p>3/ Avez-vous connaissance de lignes directrices, telles que protocole, procédure ou autre, que vous pouvez utiliser pour une approche optimale lors de la prise en charge d'un patient hospitalisé pour la première fois dans votre service ?</p> <p>- Si ce n'est pas le cas, comment imagineriez-vous la construction d'un protocole relatif à première opération ou hospitalisation ?</p>	<p>- Que pensez-vous de ces outils ?</p> <ul style="list-style-type: none">- Sont-ils formels ou informels ?- Sont-ils utilisés par toute l'équipe ?- Sinon, sont-elles données de manières informelles ? <p>- Selon vous serait-il nécessaire d'avoir un protocole formel ?</p>	
--	--	---	--	--

Question de recherche	Objectif de recherche	Question d'entretien	Relances	Concepts
<p>Lorsqu'un patient est admis pour la première fois en préopératoire dans un service de chirurgie générale, quelles actions spécifiques les infirmières mettent-elles en place lors de l'accueil ?</p> <p>Dans une telle situation, constate-t-on une différence quant à la prise en charge entre une infirmière ayant déjà subi une opération et une infirmière qui n'a jamais été opérée ?</p>	<p>- Identifier les outils utilisés de manière formelle et informelle lors d'une prise en charge infirmière pour une première hospitalisation au sein du service.</p>	<p>4/ Existe-t-il un ou plusieurs outils que vous utilisez de manière formelle pour vous adapter à cette situation de soins d'une première hospitalisation dans votre service lors?</p> <p>5/ Utilisez-vous des diagnostics infirmiers spécifiques pour adapter votre prise en charge à un patient ?</p>	<p>- Par qui ont-ils été élaborés ?</p> <p>- Y-a-t-il une obligation à leur utilisation ?</p> <p>- si oui, qu'en faites-vous (PSI) ?</p>	<p>- Concept d'anxiété</p> <p>- Concept de soi</p> <p>- « Concept de crise »</p>

Question de recherche	Objectif de recherche	Question d'entretien	Relances	Concepts
<p>Lorsqu'un patient est admis pour la première fois en préopératoire dans un service de chirurgie générale, quelles actions spécifiques les infirmières mettent-elles en place lors de l'accueil ?</p> <p>Dans une telle situation, constate-t-on une différence quant à la prise en charge entre une infirmière ayant déjà subi une opération et une infirmière qui n'a jamais été opérée ?</p>	<p>- Etudier, grâce aux vécus personnels, les différences de prise en charge entre une infirmière ayant déjà été opérée et une ne l'ayant jamais été.</p>	<p>6/ Avez-vous déjà subi une opération programmée /hospitalisation, sans compter l'accouchement?</p> <p>7/ Pensez-vous que si vous aviez été opérée, vous prendriez en charge le patient différemment ?</p> <p>8/ Pensez-vous qu'une première hospitalisation / opération peut avoir une influence sur les suivantes ?</p>	<p>- S'il vous arrivait d'être opérée /hospitalisée, souhaiteriez-vous une différence de la part des personnes qui vous prennent en charge étant donné que c'est votre première hospitalisation /opération ?</p> <p>- Si oui, pourquoi ?</p> <p>-Si oui, pourquoi et comment ?</p>	<p>- concept de soi - concept de résilience - concept d'anxiété</p>

Entretiens semi-directifs des infirmières ayant déjà vécu une opération

Question de recherche	Objectif de recherche	Question d'entretien	Relances	Concepts
<p>Lorsqu'un patient est admis pour la première fois en préopératoire dans un service de chirurgie générale, quelles actions spécifiques les infirmières mettent-elles en place lors de l'accueil ?</p> <p>Dans une telle situation, constate-t-on une différence quant à la prise en charge entre une infirmière ayant déjà subi une opération et une infirmière qui n'a jamais été opérée ?</p>	<p>- Mettre en évidence les outils utilisés de manière formelle lors d'une prise en charge infirmière pour une première opération au sein du service. Ces outils seront inventoriés à l'aide des témoignages infirmiers</p>	<p>1/ Pouvez-vous m'expliquer comment vous organisez l'accueil (relation) d'un patient qui rentre dans votre service pour une opération ?</p> <p>2/ Quels moyens avez-vous pour savoir si un patient est opéré/hospitalisé pour la première fois ?</p> <p>- Ce fait a-t-il une influence dans l'adaptation de votre prise en charge, si oui de quelle manière (au niveau de la communication)?</p> <p>- Selon vous, le patient a-t-il des besoins ou des demandes plus spécifiques qu'un autre patient ?</p> <p>-Quels moyens relationnels mettez-vous en place pour répondre à ses besoins spécifiques ?</p>	<p>- A votre avis, est-ce important de le savoir ?</p> <p>- Selon vous, est-ce nécessaire de différencier la prise en charge ?</p> <p>- Pouvez-vous me décrire les différences que vous faites dans votre pratique si l'opération est la première ?</p>	<p>- Concept d'anxiété</p> <p>- « concept de crise »</p>

		<p>3/ Avez-vous connaissance de lignes directrices, telles que protocole, procédure ou autre, que vous pouvez utiliser pour une approche optimale lors de la prise en charge d'un patient hospitalisé pour la première fois dans votre service ?</p> <p>- Si ce n'est pas le cas, comment imagineriez-vous la construction d'un protocole relatif à première opération ou hospitalisation ?</p>	<p>- Que pensez-vous de ces outils ?</p> <ul style="list-style-type: none">- Sont-ils formels ou informels ?- Sont-ils utilisés par toute l'équipe ?- Sinon, sont-elles données de manières informelles ? <p>- Selon vous serait-il nécessaire d'avoir un protocole formel ?</p>	
--	--	---	--	--

Question de recherche	Objectif de recherche	Question d'entretien	Relances	Concepts
<p>Lorsqu'un patient est admis pour la première fois en préopératoire dans un service de chirurgie générale, quelles actions spécifiques les infirmières mettent-elles en place lors de l'accueil ?</p> <p>Dans une telle situation, constate-t-on une différence quant à la prise en charge entre une infirmière ayant déjà subi une opération et une infirmière qui n'a jamais été opérée ?</p>	<p>- Identifier les outils utilisés de manière formelle et informelle lors d'une prise en charge infirmière pour une première hospitalisation au sein du service.</p>	<p>4/ Existe-t-il un ou plusieurs outils que vous utilisez de manière formelle pour vous adapter à cette situation de soins d'une première hospitalisation dans votre service lors?</p> <p>5/ Utilisez-vous des diagnostics infirmiers spécifiques pour adapter votre prise en charge à un patient ?</p>	<p>- Par qui ont-ils été élaborés ?</p> <p>- Y-a-t-il une obligation à leur utilisation ?</p> <p>- si oui, qu'en faites-vous (PSI) ?</p>	<p>- Concept d'anxiété</p> <p>- Concept de soi</p> <p>- « Concept de crise »</p>

Question de recherche	Objectif de recherche	Question d'entretien	Relances	Concepts
<p>Lorsqu'un patient est admis pour la première fois en préopératoire dans un service de chirurgie générale, quelles actions spécifiques les infirmières mettent-elles en place lors de l'accueil ?</p> <p>Dans une telle situation, constate-t-on une différence quant à la prise en charge entre une infirmière ayant déjà subi une opération et une infirmière qui n'a jamais été opérée ?</p>	<p>- Etudier, grâce aux vécus personnels, les différences de prise en charge entre une infirmière ayant déjà été opérée et une ne l'ayant jamais été.</p>	<p>6/ Avez-vous déjà subi une opération programmée /hospitalisation, sans compter l'accouchement?</p> <p>7/ A votre avis, cette expérience vous permet-elle d'être plus réceptive émotionnellement dans certaines situations pour adapter votre prise en charge à votre patient?</p> <p>8/ Pensez-vous qu'une première hospitalisation / opération peut permettre d'avoir une influence pour s'adapter aux suivantes ?</p>	<p>- Pensez-vous que cette expérience a modifié votre prise en charge actuelle du patient hospitalisé /opéré pour la première fois ?</p> <p>- Si oui, à votre avis pourquoi?</p> <p>- Si oui pouvez-vous expliquer les influences possibles ?</p>	<p>- concept de soi - concept de résilience - concept d'anxiété</p>

TRAVAIL DE BACHELOR SUR LA PRISE EN CHARGE INFIRMIERE DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE LORS D'UNE PREMIERE HOSPITALISATION

Mené par Van de Maele Isis et Erné Karine étudiantes à la HES-SO//Valais Wallis
Madame Sougner-Remilleux Christine, directeur/trice du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis

Formulaire de consentement éclairé pour les personnes¹ participant au mémoire de fin d'étude

Le (la) soussigné(e) :

- Certifie être informé(e) sur le déroulement et les objectifs du mémoire de fin d'étude ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles il (elle) a pu poser toutes les questions qu'il (elle) souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informé(e) qu'il (elle) n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à ce mémoire de fin d'étude.
- Est informé(e) du fait qu'il (elle) peut interrompre à tout instant sa participation à ce mémoire de fin d'étude sans aucune conséquence négative pour lui (elle) même.
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document.
- Est informé(e) que les enregistrements seront détruits dès la fin du mémoire de fin d'étude, à savoir au plus tard fin 2009.
- Consent à ce que les données recueillies pendant le mémoire de fin d'étude soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.
- Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de mémoire de fin d'étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Le (la) soussigné(e) accepte donc de participer au mémoire de fin d'étude mentionné dans l'en-tête.

Date: Signature :

Contacts :

Van de Maele Isis, étudiante HES-SO//Valais Wallis. Tél : 079.675.64.70

Erné Karine, étudiante HES-SO//Valais Wallis. Tél : 078.732.26.02.

Madame Sougner-Remilleux Christine, directeur du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis.

¹ Toute personne concernant le bénéficiaire de soins ou pensionnaire ou résident, personnel des établissements médico-sociaux, etc.