

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 ayant déjà vécu une opération.*

Réalisé par : Karine Erné

En collaboration avec : Isis Van de Maele qui traite du *point de vue des infirmières
n'ayant jamais 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

En préambule de ce mémoire, nous tenons ici à remercier toutes les personnes qui nous ont soutenues durant la préparation, la construction mais aussi la finalisation de ce Travail de Bachelor.

Tout d'abord Mme Christine Sougner-Remillieux, notre directrice de mémoire pour l'aide et le temps qu'elle a consacré à notre Travail de Bachelor. Mais aussi Mme Chris Schoepf, professeure responsable de l'axe de la méthodologie qui nous a donné des conseils lors de l'élaboration de ce travail de recherche.

Puis, nous souhaiterions remercier tout particulièrement M. Jean-Marc Salamolard ainsi que Mme Cindy Omerhodzic-Jaggy et Sabrina Erné.

Enfin, nous exprimons notre gratitude à tous nos proches et amis qui nous ont soutenues et encouragées tout au long de cette année et demi.

Merci à tous !

Karine Erné et Isis Van de Maele



INFORMATION DESTINEE AU LECTEUR

Ce travail a été, en grande partie, effectué en binôme. Il y a donc plusieurs chapitres dont le contenu est identique.

Afin de ne pas alourdir la lecture de notre Travail de Bachelor, nous avons trouvé judicieux de spécifier quelles étaient les parties individuelles. De ce fait, les titres des chapitres personnels seront mis en évidence par une couleur. Dans le Travail de Bachelor d'Isis, ses titres de chapitres personnels seront en vert et dans le mien en violet. Les couleurs seront 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	9
5. OBJECTIFS PERSONNELS D'APPRENTISSAGE	11
6. PROBLEMATIQUE	12
6.1. HYPOTHESES ET OBJECTIFS	15
6.1.1. Hypothèse 1	15
6.1.2. Hypothèse 2	16
7. CADRE CONCEPTUEL	17
7.1. LE CONCEPT DE COMMUNICATION ET DE RELATION D'AIDE	18
7.1.1. La dimension de l'accueil	22
7.1.2. Le concept de crise	25
7.1.2.1. Les phases de développement d'une crise	26
7.1.3. Le concept d'angoisse et d'anxiété	27
7.1.3.1. Les manifestations physiologiques de l'anxiété	28
7.1.3.2. Les manifestations intellectuelles de l'anxiété	28
7.1.3.3. Les manifestations émotives de l'anxiété	29
7.1.3.4. Les manifestations sociales de l'anxiété	29
7.1.3.5. Les manifestations spirituelles de l'anxiété	29
7.2. LE CONCEPT DE SOI	30
7.2.1. Les quatre composantes du concept de soi	30
7.2.1.1. L'identité	31
7.2.1.2. L'image corporelle	31
7.2.1.3. L'estime de soi	31
7.2.1.4. Les rôles	32
7.2.1.5. L'effet du concept de soi de l'infirmière	33
7.2.2. Le concept de résilience	34
8. METHODOLOGIE	36
8.1. L'OUTIL D'INVESTIGATION	36
8.1.1. Avantages des entretiens semi-directifs	36
8.1.2. Limites des entretiens semi-directifs	37
8.2. ECHANTILLON	37
8.3. LES PRE-TESTS	38
8.4. DEROULEMENT DES ENTRETIENS	38
8.5. LIMITES DE LA RECHERCHE	39
8.6. PRINCIPES ETHIQUES	40
8.7. METHODOLOGIE DE L'ANALYSE	42

9.	ANALYSE	43
9.1.	OBJECTIF 1	43
9.1.1.	<i>Diminution de l'anxiété, de l'angoisse et du stress</i>	<i>44</i>
9.1.2.	<i>Les besoins spécifiques du patient opéré pour la première fois</i>	<i>46</i>
9.2.	OBJECTIF 2	48
9.2.1.	<i>Les protocoles</i>	<i>49</i>
9.2.2.	<i>Les diagnostics infirmiers</i>	<i>50</i>
9.2.3.	<i>Le manque de temps</i>	<i>53</i>
9.2.4.	<i>Synthèse des résultats concernant les outils</i>	<i>54</i>
9.3.	OBJECTIF 3	55
9.3.1.	<i>Modification de la prise en charge actuelle du patient</i>	<i>56</i>
9.3.2.	<i>Modification de la réceptivité émotionnelle dans certaines situations</i>	<i>58</i>
9.3.3.	<i>Influence de la première opération sur les suivantes</i>	<i>61</i>
9.3.4.	<i>Synthèse des résultats concernant le vécu des infirmières</i>	<i>62</i>
10.	SYNTHESE DES RESULTATS DE L'ANALYSE.....	63
10.1.	ANALYSE DE LA PREMIERE HYPOTHESE.....	63
10.2.	ANALYSE DE LA SECONDE HYPOTHESE.....	64
10.3.	REPONSE A LA QUESTION CENTRALE DE LA RECHERCHE.....	66
11.	DISCUSSION	70
11.1.	VALIDITE INTERNE DE LA RECHERCHE.....	70
11.1.1.	<i>Choix du thème et du cadre conceptuel</i>	<i>70</i>
11.1.2.	<i>Outils méthodologiques</i>	<i>70</i>
11.1.3.	<i>Echantillon choisi</i>	<i>71</i>
11.1.4.	<i>Analyse</i>	<i>71</i>
11.1.5.	<i>Résultats et atteinte des objectifs</i>	<i>71</i>
11.2.	VALIDITE EXTERNE DE LA RECHERCHE.....	72
11.3.	REFLEXIONS ET INTERROGATIONS	72
12.	CONCLUSION.....	75
12.1.	OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	75
12.2.	FACILITES ET DIFFICULTES DE LA REALISATION	76
12.3.	APPORTS PERSONNELS DE LA RECHERCHE	77
12.4.	APPORTS PROFESSIONNELS DE LA RECHERCHE	78
12.5.	PISTES REFLEXIVES POUR DE FUTURES RECHERCHES	79
13.	BIBLIOGRAPHIE	80
13.1.	CYBEROGRAPHIE.....	83
14.	ANNEXES.....	85

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 D'ISIS VAN DE MAELE.....	VI
LETTRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE	VII
ANALYSE DES ENTRETIENS.....	VIII
ARBRE ANALYTIQUE	IX

1. INTRODUCTION

Dans le cadre de nos études en vue de l'obtention, en 2009, de notre diplôme d'infirmière, Isis Van de Maele¹ 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 compétences² de l'infirmière³ 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 de la personne hospitalisée⁶. 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 satisfaits. 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^{ème} 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 infirmières*. 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, je suis allée en chirurgie générale ainsi qu'en chirurgie ambulatoire, en soins palliatifs et pour terminer en pédopsychiatrie ; tandis qu'Isis a suivi des stages en gynéco-chirurgie, en psychiatrie aux admissions, ainsi qu'aux soins continus et pour finir dans un centre médico-social.

Notre vécu personnel face à l'expérience professionnelle de l'hôpital enrichit notre savoir et la vision de notre thème. J'ai été hospitalisée alors qu'Isis ne l'a jamais 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 soin 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 d'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 s'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 dépassement »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 de l'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, MISSENARD A., KASPI R., ANZIEU D., GUILLAUMIN J., BLEGER J., JAKUES E. *Crise, rupture et dépassement*. Paris Edition Dunod. 2004. Nombre de pages 324. Page 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 qui sont 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, donc 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*. Montréal. Editions Du Renouveau Pédagogique Inc. 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 de 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*. Montréal. Editions Du Renouveau Pédagogique Inc. 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 vous présenterai d'abord mes motivations personnelles puis mes motivations socioprofessionnelles.

Durant ce travail, nous nous baserons sur les critères de la qualité des soins infirmiers selon l'ASI, ainsi que différents concepts. Ceux-ci sont développés dans le chapitre du cadre conceptuel. Pour nous, ces critères représentent la qualité optimale des soins.

3.1. MOTIVATIONS PERSONNELLES

Le souvenir de ma première hospitalisation n'est pas très positif. Avant que je vous l'explique, je pense qu'il est important de préciser que ce sont des souvenirs, des impressions, des perceptions et que ma mémoire a effacé ou modifié certains éléments.

Afin de situer le contexte, voici une brève explication : j'étais en train de faire 50m d'apnée à la piscine lorsque j'ai été prise d'un violent mal de tête.

J'avais tout juste 16 ans. Je me rappelle avoir attendu longtemps dans le corridor des urgences. Plusieurs médecins sont venus me voir, sans rien me dire. J'ai ensuite été hospitalisée en médecine. Là, l'impression qu'il me reste est la solitude ; malgré la présence de ma maman et des visites durant la journée, j'ai eu l'impression que les infirmières ne venaient que rarement me voir. Le fait d'avoir des informations changeantes a été pénible : le matin on vous annonce que vous pouvez sortir, mais plus tard dans la matinée une infirmière vient me demander ce que je veux manger le lendemain. C'est assez difficile à accepter car on ne sait plus qui croire et on ne comprend pas ce qui nous arrive.

De plus, je suis partie de l'hôpital sans que les médecins me disent clairement ce qui m'était arrivé. Ils l'ont transmis à ma maman, mais ne m'ont rien expliqué. Je n'ai pas été hospitalisée à nouveau et je ne sais pas comment je réagirais si je suis ré-hospitalisée. La sensation principale que j'ai de cet événement de ma vie a été le fait que mes besoins n'ont pas été respectés, du moins de mon point de vue. Cette expérience a été bénéfique pour ma pratique. En effet, je pense qu'il est important que le patient se sente pris en charge et qu'il connaisse son projet de soin. Ce qui va lui arriver et même si le médecin ne connaît pas le diagnostic, lui expliquer pourquoi tel ou tel geste est effectué.

De plus, le fait d'avoir entendu les remarques négatives de certains de mes proches face à leur première hospitalisation, est un autre point qui me motive en tant que future diplômée à identifier quels sont les besoins des patients concernant leur première hospitalisation ainsi que ce que les infirmiers mettent déjà en place afin de les compléter s'il y a lieu.

3.2.MOTIVATIONS SOCIOPROFESSIONNELLES

Lors de mon apprentissage d'ASSC, j'ai effectué six mois de stage dans un service de chirurgie générale. À mon entrée à l'école d'infirmière j'ai refait deux stages dans cette spécialité. Le stage 2 à nouveau en chirurgie générale et le stage 4 en ambulatoire. Avec du recul et de la réflexion sur ma pratique, je peux identifier que je ne fais pas de différence lors de ma prise en charge si le patient est hospitalisé pour la première fois ou non. Je réponds à ses questions et si je vois qu'il est particulièrement anxieux, j'établis une relation de confiance et lui demande quelles sont ses attentes, ses besoins.

Avant que nous choissions le thème de notre Travail de Bachelor, je n'ai jamais demandé à une collègue si elle faisait une différence dans sa prise en charge. Dans le stage 4, j'ai demandé à deux collègues si elles faisaient une distinction si le patient vivait sa première hospitalisation. En tenant compte de la spécificité du service de chirurgie ambulatoire elles m'ont répondu que leur prise en charge était adaptée à chaque patient et que pour elles, l'aspect de la communication était très important et que chaque patient réagissait différemment à une hospitalisation. Cependant, elles ne faisaient pas forcément différence dans le cas où il s'agissait de la première hospitalisation. En effet, dans un service de chirurgie ambulatoire, le patient entre le matin, subit son opération²⁹ et s'il va bien, rentre à domicile. La prise en charge de l'infirmière est différente ; elle aura parfois 30 minutes avant qu'il soit pris au bloc opératoire pour identifier ses besoins. Tandis qu'à l'étage, elle a plusieurs heures pour connaître le bénéficiaire de soins afin de réaliser son plan de soins.

C'est avec le temps et l'acquisition d'une certaine pratique professionnelle que je me suis posée plus de questions sur mon savoir-faire, mon savoir-être et de l'influence de ces données sur le patient. En effet, en tant que future infirmière et future diplômée, je pense qu'une prise en charge optimale est un élément primordial lors d'une hospitalisation et pour chaque patient. Par prise en charge optimale, j'entends le fait d'établir une relation de confiance, en respectant mon éthique et mes valeurs, celles du patient et de l'établissement. Mais aussi le fait d'effectuer les soins de base et les soins médico-techniques en respectant les normes de soins de l'ASI³⁰, en développant mon rôle autonome et en prenant en charge la personne dans ses quatre dimensions (biologique, psychologique, sociologique, spirituelle).

Je me demande s'il n'y a pas certains éléments que je pourrais améliorer lors de l'accueil lorsque le patient vient pour sa première hospitalisation et, de ce fait, développer certaines compétences supplémentaires pour moi-même, mais aussi pour mes futures collègues. Cet élément sera développé dans mes objectifs personnels de recherche.

²⁹ Opération : « Intervention chirurgicale »

³⁰ Annexe n° II « Normes I: les soins selon la brochure de l'ASI ».

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.

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.

³¹ Annexe n°I.

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

³³ Annexe n° III.

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 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. OBJECTIFS PERSONNELS D'APPRENTISSAGE

À travers ce travail de recherche initiale, j'aimerais atteindre les objectifs suivant :

- Transférer les connaissances théoriques reçues sur la méthodologie en cours afin de les appliquer. Acquérir une maîtrise partielle de ces outils.
- Evaluer et critiquer ma prise en charge lorsque j'accueille un patient hospitalisé pour la première fois, ceci en relation avec mon expérience de vie.
- Distinguer puis comprendre comment les représentations personnelles ainsi que les expériences personnelles influent sur la pratique de l'infirmière lorsqu'elle prend en charge un patient hospitalisé pour la première fois en chirurgie.
- Une fois ce travail de Bachelor terminé, si les résultats sont validés et peuvent être applicables, utiliser les résultats obtenus dans ma pratique

Mes objectifs personnels étant posés vient maintenant la problématique. Au terme de celle-ci, vous trouverez la question centrale de la recherche, les hypothèses ainsi que les objectifs de la recherche.

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 préopératoire 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 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 phrase

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). Proviens 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.

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. p.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*. Montréal. Editions Du Renouveau Pédagogique Inc. 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. *Méthodologie de recherche en sciences infirmières approches quantitatives et qualitatives*. Canada Editions du renouveau pédagogique. 2007. 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 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

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.

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'Hildegarde 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 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

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

⁵² Ibid, p.12-13.

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

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 lui permettra de cibler au mieux les interventions.

⁵³ PHANEUF MARGOT. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Edition de la Chenelière inc. 2002.p.12-13.

⁵⁴ Ibid, p.12-13.

⁵⁵ Ibid, p.12-13.

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, qui est 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 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.

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

⁵⁷ Annexe n° IV.

⁵⁸ Ibid, p.12-13.

⁵⁹ Ibid, p.12-13.

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 contraintes 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.

⁶⁰ PHANEUF MARGOT. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Edition de la Chenelière inc. 2002. 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.16.

⁶⁸ Ibid, p.16.

⁶⁹ Ibid, p.16.

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

Formarier identifie ensuite 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, temporeux, identitaires⁷⁶. C'est donc grâce à l'écoute du patient et aux informations ainsi récoltées que l'infirmière franchira cette étape.

⁷⁰ FORMARIER MONIQUE. « Approche du concept d'accueil, entre banalités 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 environnement ⁷⁹ ». Ce critère diffère de celui choisi par JC McCloskey et GM Bulechek, lequel est moins précis, mais est 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 stress ⁸¹ ». 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 banalités 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 partie intégrantes de la communication, nous avons choisi de n'en développer que l'aspect lié à notre sujet de recherche.

7.1.2. Le 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. *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 crise⁸⁵

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. *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 prolongent.

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. Le 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. Les manifestations physiologiques de l'anxiété⁸⁹

« 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 de la connaissance des antécédents du patient constituent dès lors des outils indispensables dans la panoplie du professionnel.

7.1.3.2. Les manifestations intellectuelles de l'anxiété⁹⁰

« 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. *Les 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. *Les 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. *Les 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 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. p. 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 des 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 l'idéal et la 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 rôles, 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 rôles, 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*. Editions ERPI. Chapitre 29 : le concept de soi. 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 Ibid, 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. *L'effet 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 brouillés 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*. Editions ERPI. Chapitre 29 : le concept de soi. 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. Le 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 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, p.4 et 7.

8. METHODOLOGIE

Dès maintenant, les propos seront retranscrits à la première personne du singulier. Même si nous avons en commun le type de la recherche, chacune de nous a sa propre méthodologie. Cependant, dans le chapitre des principes éthiques et dans celui de la synthèse, nous nous retrouverons afin de comparer les résultats de notre analyse.

Ma recherche, de type qualitative, s'inscrit dans le paradigme socioconstructiviste. Il y a une construction qui est faite entre mes expériences, mes connaissances et les informations reçues par les infirmières interrogées. Je pense que la perception de la réalité est propre à chacun et que cette dernière ne peut être décortiquée. Je me suis basée sur des entretiens¹¹² semi-directifs afin de récolter des données dans le but d'explorer l'influence du vécu des infirmières en relation à leur pratique professionnelle. Il m'a semblé judicieux d'utiliser cette méthode, car le thème touche à l'expérience tant professionnelle que personnelle du soignant et ne peut donc pas être quantifiable.

8.1.L'OUTIL D'INVESTIGATION

L'outil choisi est l'entretien semi-directif¹¹³. Ce dernier m'a permis de tenir compte de la subjectivité et des valeurs de chacun, en les écoutant et en ne portant aucun jugement. J'ai souhaité interagir avec ces infirmières dans le but de collecter un maximum d'informations tout en respectant la méthodologie afin de minimiser les biais.

La grille d'entretien¹¹⁴ a été élaborée avec Isis, étant donné que notre recherche est complémentaire, il nous a semblé important de la construire ainsi. Les questions ont été formulées en fonction des objectifs de la recherche. Nos premières questions d'entretiens sont identiques, car elles concernent la prise en charge de l'infirmière lors de l'accueil. Dès que les objectifs sont reliés à la deuxième hypothèse, nous avons fait une différenciation dans la formulation des questions ; j'investigue l'influence du vécu des infirmières qui ont déjà été opérées.

8.1.1. Avantages des entretiens semi-directifs

En relation à notre thème, je considère que les entretiens semi-directifs ont été un choix judicieux. Il était primordial de pouvoir entrer en contact avec les infirmières interrogées, car ces dernières m'ont fait part de leur ressenti quant à la prise en charge lors de l'accueil du patient opéré pour une première fois. Grâce à cela, j'ai pu examiner comment leur vécu personnel interagit avec la prise en charge du patient opéré pour la première fois, mais aussi

¹¹²En annexe n° V vous trouverez la grille des questions utilisée lors des entretiens.

¹¹³ Entretien semi-directif ou semi-structuré : « *entrevue dans laquelle le chercheur s'est muni d'une liste de sujet à aborder plutôt que de questions précises* » Définition provenant du livre : LOISELLE CARMEN G. et PROFETTO-MCGRATH JOANNE. *Méthodologie de recherche en sciences infirmiers approches quantitatives et qualitatives*. Canada Editions du renouveau pédagogique. 2007.

¹¹⁴ En annexe n° VI vous trouverez la grille des questions d'Isis. Ceci dans un but purement informatif.

constater si la trajectoire de vie a effectivement une influence ou non sur les soins apportés. Je précise que ce qui a été dit ne fait pas partie d'une réalité objectivable, qu'elle est propre à chaque infirmière et que ces entretiens se situent dans un contexte précis.

8.1.2. Limites des entretiens semi-directifs

Cette recherche est de niveau initial, c'est donc la première que j'ai menée. Au début des entretiens, je ressentais une certaine appréhension quant aux déroulements des entretiens eux-mêmes. Comme cité ci-dessus, la réalité est subjective. Je suis restée fidèle à ce qu'elles m'ont transmis et n'en ai pas fait une généralité. Le fait est qu'il faut tenir compte que les infirmières ont peur du jugement sur leur pratique et qu'il est possible que certaines réponses ne correspondent pas fidèlement à la réalité. J'ai inclus cet aspect lors de l'analyse afin d'éviter une généralisation des propos et des actions.

8.2.ECHANTILLON

L'échantillon a été réparti en deux groupes distincts entre Isis et moi, chacune a interrogé huit infirmières. Après avoir mis en commun nos données, nous avons constaté que notre échantillon se constituait de la même population : sept femmes et un homme. Je tiens à préciser qu'au moment de l'analyse je n'ai pas ressenti de différences quant au fait d'avoir une personne de sexe masculin dans l'échantillon.

L'échantillon a été établi par la technique dite de « boule de neige » ou cumulatif, c'est-à-dire que nous avons pris contact avec les différentes ICUS d'un hôpital de Suisse romande, qui ont transmis à leur équipe que nous recherchions des infirmières pour notre Travail de Bachelor. Les infirmières volontaires ont constitué notre échantillon.

Ce dernier a été élaboré « par critères car il repose sur l'étude de cas correspondant à des critères d'importance prédéterminés.¹¹⁵ ». Voici les deux groupes d'infirmiers choisis :

- Les infirmières ayant vécu personnellement une première opération en chirurgie générale¹¹⁶.
- Les infirmières n'ayant jamais été opérées en chirurgie¹¹⁷.

Nous avons choisi cette répartition afin de confronter nos ressentis, mais aussi nos représentations que nous avons de cette situation. Tout cela est en concordance avec notre vécu personnel ; le fait que j'ai déjà été hospitalisée alors que ce n'est pas le cas d'Isis.

¹¹⁵ 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.

¹¹⁶ Ces infirmières ont été interrogées par moi-même.

¹¹⁷ Ces infirmières ont été interrogées par Isis.

Huit infirmières ont été interrogées, ceci dans le but d'atteindre un seuil de saturation des données. Ce fait sera discuté dans l'évaluation de la méthodologie, dans un sous-chapitre de la discussion.

La grille des questions d'entretiens ainsi que l'échantillonnage terminés, nous avons alors commencé nos pré-tests.

8.3.LES PRE-TESTS

Les pré-tests ont été effectués dans deux hôpitaux valaisans. Nous avons délibérément choisi de ne pas les accomplir dans l'hôpital où allait se dérouler la recherche en elle-même, ceci afin d'éviter les biais.

Durant les pré-tests, nous avons choisi d'être les deux présentes, avec l'accord de la personne interrogée, afin d'avoir une évaluation de l'autre. Lorsque je menais l'entretien, Isis m'observait et à la fin de celui-ci, nous mettions en commun nos remarques pour améliorer notre savoir-être en tant qu'enquêtrice.

À notre grande surprise, les deux premiers pré-tests ont duré entre cinq et sept minutes. Nous nous sommes aussi rendues compte que les questions n'étaient pas assez précises ni assez compréhensibles¹¹⁸. Suite à ces entretiens, nous avons modifié nos questions et avons décidé de faire un troisième entretien. Ce dernier nous a été profitable car nous avons effectué les dernières modifications avant de débiter les véritables entretiens.

8.4.DEROULEMENT DES ENTRETIENS

En décembre, nous 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.

Une fois sur le terrain, certaines infirmières n'avaient pas été informées du sujet exact de la recherche, d'autres n'étaient pas au courant qu'elles allaient être interrogées tel ou tel jour. Les infirmières cheffes m'avaient donné les rendez-vous, mais n'avaient pas forcément prévenu les personnes concernées.

Le premier entretien s'est déroulé le 13 janvier et le dernier le 20 janvier. J'ai pu interroger six infirmières dans un service et deux dans un autre. Avant chaque entretien, je leur transmettais la lettre d'information¹¹⁹ ainsi que la lettre de consentement éclairé¹²⁰. Je leur

¹¹⁸ Par exemple, lorsque nous avons demandé à une infirmière quels moyens étaient mis en place lors de l'accueil, cette dernière nous a parlé des moyens auxiliaires (chaise roulante). L'infirmière nous a dit comment elle avait compris cette questions et nous avons pu nous réajuster.

¹¹⁹ Annexe n° III lettre d'information transmise aux enquêtées.

¹²⁰ Annexe n° VII lettre de consentement éclairé transmis aux enquêtés.

expliquais aussi la question de recherche. Je n'ai eu aucune infirmière qui s'est désistée durant ou après les entretiens.

Dans le service n°1, celui où j'ai interrogé le plus d'infirmières, le lieu des entretiens n'était pas toujours adéquat ; nous étions dans le bureau de l'infirmière cheffe. Ce dernier n'étant pas fermé et donnait sur un autre demi service, j'ai été interrompue durant deux entretiens. Cependant, aucune donnée n'est inaudible ou inutilisable pour l'analyse.

Dans le second service, les entretiens se sont déroulés dans la salle de télévision de l'étage. Par chance nous n'avons jamais été interrompues.

L'entretien le plus long dure environ douze minutes et le plus court huit minutes. Je pense que ceci s'explique par le fait que les infirmières étaient pressées et que certaines étaient prises de court par les entretiens. Malgré cela, j'ai pu remarquer que la plupart prenaient le temps de répondre aux questions.

8.5.LIMITES DE LA RECHERCHE

Si nous avions eu plus de temps pour l'élaboration de ce mémoire, j'aurais trouvé constructif de différencier les sites dans l'élaboration des entretiens. J'imagine que d'apprécier les dissemblances entre un grand centre hospitalier et des petits auraient enrichi notre travail. Je pense que dans un plus petit hôpital il y a peut-être moins de rendement et les infirmières ont peut-être plus de temps à consacrer à leurs patients. Tandis que dans un hôpital de niveau universitaire le personnel sera plus anonyme car la façon de travailler est différente.

Une des limites que je peux ressortir est le fait que le message n'est pas forcément bien passé entre les différents interlocuteurs. De l'infirmière responsable aux ICUS, puis aux infirmières interrogées, il y a eu des manques d'informations. Ce que je changerais pour une prochaine recherche, serait le fait d'aller moi-même rencontrer les personnes concernées et ne pas forcément passer par différents intermédiaires.

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 recherche¹²¹.

Respect de la dignité humaine¹²²

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 éclairé¹²³

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.

Respect de la vie privée et des renseignements personnels¹²⁴

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.

¹²¹ LOISELLE CARMEN G. et PROFETTO-MCGRATH JOANNE. *Méthodologie de recherche en sciences infirmières approches quantitatives et qualitatives*. Canada Editions du renouveau pédagogique. 2007. Nombre de pages 591.

¹²² « Ce principe vise à protéger les intérêts des participants, qu'il s'agisse de leur intégrité physique, psychologique ou culturelle. » Ibid p.93.

¹²³ « 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

¹²⁴ « Presque tous les travaux de recherche portant sur des êtres humains constituent une intrusion dans la vie personnelle des participants » Ibid p.96.

Respect de la justice et du principe de l'inclusion¹²⁵

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 « la 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 tenons à préciser 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^{126 127}

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 « 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.

¹²⁶ « 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.

¹²⁷ « 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. ¹²⁷ » Ibid p.97.

8.7.METHODOLOGIE DE L'ANALYSE

Avant la retranscription, je notais le lieu dans lequel s'était déroulé l'entretien, le sexe de la personne interrogée, si nous avions été dérangées et comment était l'infirmière avant de commencer l'entretien (par exemple : stressée, pressée, etc.).

J'ai ensuite réécrit fidèlement les entretiens à l'aide d'un magnéto numérique. Grâce à ce dernier, je n'ai perdu aucune donnée car, une fois rentrée à la maison, j'enregistrais automatiquement l'entretien sur mon ordinateur.

Lors du dépouillement, j'ai utilisé une grille¹²⁸, dans laquelle j'ai mis en corrélation les objectifs de la recherche avec les questions. Je n'ai pu disposer que de quatre infirmières et d'environ deux à trois questions par page. Pour chaque question, j'ai mis une colonne « concepts », dans laquelle j'ai pu ressortir quels concepts se dégageaient.

La méthode choisie pour l'analyse de mes entretiens est celle de la thématique dite continue : premièrement, j'ai ressorti les différents thèmes¹²⁹ ainsi que les concepts d'une façon générale. Ensuite, en partant de ceux qui ressortaient le plus fréquemment, j'ai élaboré un arbre analytique¹³⁰, qui m'a permis de mettre en concordance les données et ainsi d'analyser mes entretiens.

Afin de vous expliquer ma technique d'analyse en elle-même, j'ai choisi de vous faire un tableau. Ceci dans le but d'augmenter la compréhension.

Objectif de recherche n°1
J'ai ressorti les thèmes principaux de cet objectif et les ai mis en corrélation avec les concepts
Ex : Les besoins spécifiques du patient opéré pour la première fois → concept de communication, d'angoisse et d'anxiété

La démarche est identique pour les trois objectifs.

¹²⁸ Grille de dépouillement. Annexe n° VIII.

¹²⁹ Thème : « Sujet récurrent qui émerge régulièrement de l'analyse de données qualitatives ». LOISELLE CARMEN G. et PROFETTO-MCGRATH JOANNE. *Méthodologie de recherche en sciences infirmières approches quantitatives et qualitatives*. Canada Editions du renouveau pédagogique. 2007. P.407.

¹³⁰ En annexe n° IX vous trouverez l'arbre analytique.

9. ANALYSE

Comme expliqué dans le chapitre précédent, je vais examiner pour chaque objectif les thèmes qui sont ressortis ainsi que les liens effectués avec le cadre conceptuel.

La vérification des résultats en lien avec les hypothèses de recherche sera développée dans le chapitre de la synthèse, qui suit celui de l'analyse.

9.1.OBJECTIF 1

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.

Cet objectif est relié à l'hypothèse 1, soit : « 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'efficacité¹³¹ 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. ».

À cet objectif se rattachent différentes questions. Lors des entretiens, je n'ai pas directement demandé quels étaient les outils utilisés.

Je leur ai demandé :

- Comment elles organisaient l'accueil du patient hospitalisé pour la première fois ?
- Comment elles savaient s'il s'agissait de la première fois ?
- Si cela influençait leur prise en charge.
- Si elles connaissaient un guide, un protocole ou autre.

Je pense judicieux que l'infirmière réfléchisse sur sa pratique d'abord générale et qu'ensuite je puisse cibler sur ce que je cherchais. En effet, je peux émettre l'hypothèse que si je lui avais directement demandé s'il existait des outils, elle n'aurait pas eu tout le cheminement qu'elle m'a présenté de l'accueil et elle n'aurait peut-être pas identifié certains outils présents. J'ai donc choisi de traiter les informations par thème.

En lien avec ces questions, nous avons pensé au concept d'anxiété et d'angoisse. Effectivement, ce dernier est bien ressorti lors de l'analyse de cet objectif, ceci en

¹³¹ 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 ».

relation aux thèmes saillants. En plus de ce dernier, je me suis servie du concept d'accueil pour l'analyse de certaines données.

9.1.1. Diminution de l'anxiété, de l'angoisse et du stress

Avec le premier objectif, j'ai essayé de faire ressortir quels étaient les outils utilisés lorsque le patient éprouvait du stress, de l'anxiété, de l'angoisse. Toutes les infirmières procèdent quasiment de la même manière, leur fil rouge est commun ; le fait de se présenter, de communiquer avec le patient, lui expliquer le déroulement de la journée, l'informer sur les horaires, etc. Toutes ont comme objectif d'adapter la communication lors de l'accueil.

Toutes reconnaissent que l'hospitalisation est un événement stressant et qu'il est important de connaître cette information (que le patient vive sa première hospitalisation ou non). : « *Quelqu'un qui a été hospitalisé x fois vient avec une autre philosophie dans l'hôpital* ¹³² », cette phrase soutient notre idée que lorsque le patient est hospitalisé pour la première fois, certains de ses besoins sont probablement différents. D'ailleurs, un autre témoignage nous dit que « *(...) chaque hospitalisation est plus ou moins stressante pour les gens, (...)* ». Afin d'imager au mieux mes dires, j'ai trouvé important que vous ayez connaissance de ces propos : « *Celui qui n'a jamais été opéré a besoin d'être rassuré, de savoir comment ça se passe, d'être sûr qu'il ne va pas se réveiller pendant l'opération, qu'il ne va rien sentir,...* »

Il est dès lors intéressant de voir que certaines infirmières pensent qu'il n'est pas nécessaire de différencier la prise en charge entre un patient opéré pour la première fois et un autre. Cependant, elles disent faire une différence au niveau de la communication si le patient est opéré pour la première fois, surtout au niveau de l'adaptation des informations données.

L'extrait de corpus suivant démontre ce que je viens de dire. Cette infirmière répond à la question : Faites-vous une différence dans la prise en charge si vous savez que c'est la première hospitalisation ? « *De toute façon, on ne fait pas de différence dans la prise en charge. On ne fait pas trop de différence nette entre une patiente qui a déjà été opérée et une autre. Mais on prendra en compte le fait qu'elle sera plus angoissée.* »

Voici une explication d'une autre infirmière qui répondait à la même question :

« *Non. Mais si quelqu'un est hospitalisé pour la première fois, j'aurai tendance à vérifier si toutes les informations que je lui ai données ont été comprises. Quelqu'un qui a déjà été hospitalisé, je vais moins me répéter et je vais moins vérifier si toutes les informations ont été comprises... Cela ne va pas changer mes informations, mais changer mon contrôle de la perception des informations...* ».

Grâce à ces dernières explications, je peux faire un lien avec le concept de la communication. Ces faits rejoignent quasiment tous les principes de Mme Peplau¹³³. Elle parle de

¹³² À partir de ce moment, tout le texte qui est en italique et entre guillemets représente le témoignage des soignants.

¹³³ PHANEUF MARGOT. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Edition de la Chenelière inc. 2002. p.12, cité dans le concept de la communication.

l'observation et de l'humanisation des soins, du recueil d'informations et de l'écoute. Ici, les infirmières font preuve d'humanité, d'écoute, d'observation. En effet, selon l'état du patient, elles modifient leur prise en charge et donc leur plan de soins. Ceci plus spécifiquement en ce qui concerne la compréhension des informations.

Cet extrait de corpus d'un entretien est en lien avec l'accueil et l'anxiété: « (...) *Ceux qui en ont besoin ne sonnent pas assez. Il y a différents types de gens donc ils manifestent aussi leur anxiété de différentes manières (...)* ». J'identifie ici les notions de l'anxiété et du stress : l'attitude du patient qui « *ne sonne pas assez* » peut-être une manifestation de l'anxiété, en effet, il aura, par exemple, peur de déranger. Ce que je peux en déduire c'est que la première action de l'infirmière est l'observation. En fonction de cette dernière, elle adaptera le plan de soins. Les explications de l'infirmière ci-dessous complètent mes propos.

« *De tout de façon quelqu'un qui ne veut pas poser de questions parce qu'il est anxieux ça se sent. Quand j'étais étudiante on m'a dit qu'il fallait toujours utiliser tous les sens ; le toucher pour voir s'il ne chauffe pas, la vue,... Comme cela nous aussi on a un ressenti, qui je pense est beaucoup plus pointu* ». Ici, ce que l'infirmière utilise pour effectuer son recueil de données ce sont les cinq sens.

Ce fait rejoint notre cadre conceptuel, lorsque nous avons parlé du stress et de l'anxiété. Lorsque le patient a une telle attitude, une parallèle peut être faite avec les principales manifestations de l'anxiété et de l'angoisse selon Spielberg¹³⁴. Ici, l'infirmière est face à une manifestation psychologique. Peut-être que l'anxiété ne pourra pas être décelée autant facilement que chez un autre patient, car il n'aura pas de manifestations physiologiques et ne donnera pas l'impression d'être plus stressé qu'une autre personne. Par contre, à cause de son anxiété, il aura de la peine à retenir les informations données et il se peut qu'il sonne à plusieurs reprises.

Dans les propos cités plus haut, nous pouvons voir que l'infirmière va vérifier la compréhension des informations données. Ce fait est très important car le patient peut, sur le moment, donner l'impression qu'il a tout écouté, mais en fait il n'a qu'entendu.

La deuxième infirmière parle de l'utilisation de ses ressources personnelles, de ce qu'elle met en place pour savoir si un patient est anxieux ou non. Comme je l'ai cité dans le cadre conceptuel, il est parfois difficile de savoir si une personne est anxieuse, elle peut le cacher par certains comportements. Je pense que l'utilisation de ses cinq sens permet à l'infirmière de faire un recueil de données complet sur son patient. Au travers des autres entretiens, l'outil de communication qui ressort le plus est celui de la vérification des informations données, la vérification de la compréhension de l'information, mais aussi le fait de lui redire, si nécessaire, à plusieurs reprises ce qu'il a besoin de savoir (horaires des repas, douche désinfectante, rasage,...), tout cela dans le but de diminuer le stress et l'anxiété du malade.

¹³⁴ CHALIFOUR JACQUES, La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique, humaniste. Montréal : Gaëtan Morin, 1989. p.78-80.

9.1.2. Les besoins spécifiques du patient opéré pour la première fois

Lorsque j'ai posé cette question, chaque infirmière m'a donné sa propre explication. Pour elles, cela dépend beaucoup de l'individu en lui-même, ce qu'il a entendu dans son entourage. Elles ressortent le fait qu'il aura peut-être plus de demandes ou de questions et que pour la soignante, il est très important d'informer ce dernier et de créer une relation de confiance. Ci-après, une partie de corpus des soignants illustre mes propos.

« C'est clair bien sûr que, si c'est la toute première fois, il se pose de nombreuses questions parce qu'il ne connaît pas le milieu en lui-même. Il ne sait pas comment ça se passe à l'hôpital et s'imagine peut-être tout différemment de ce qu'est la réalité. »

Une autre infirmière présente d'une autre manière les besoins du patient opéré pour la première fois ;

« Souvent il ne connaît rien du tout, même pas le fait de pouvoir lever le lit. Parfois ils ne savent pas que ce sont des chambres à deux personnes (...) Et ils sont surpris, quand on leur dit que ce n'est pas une prison ici, qu'ils peuvent venir et aller librement. Je crois que l'information est importante ; il se dit « Je suis bien accueilli ici, puis je peux avoir confiance en ces infirmières. » ».

Ici aussi l'aspect de la communication apparaît fortement : la seconde infirmière interrogée explique clairement que l'information est importante pour que le patient ait une bonne première image de l'hôpital et donc de sa future hospitalisation. De plus, les infirmières, à travers leurs propos, ressortent le fait que la relation de confiance est importante. Par rapport à l'objectif de la recherche, l'outil qui peut être mis en évidence est celui de l'information. De plus, le lien avec le concept de communication¹³⁵ peut surtout se faire avec les attitudes que l'infirmière devrait avoir envers le patient : le fait qu'il puisse s'exprimer librement, qu'il se sente écouté, qu'il ait l'impression que les soignantes sont là pour l'aider. Dans tous les entretiens, j'ai pu ressentir et entendre ces faits. Toutes les infirmières sont attentives à l'importance de l'expression des sentiments et de la relation qui se crée avec le patient lorsqu'il est accueilli.

Je peux aussi faire le lien avec le concept d'accueil. En relation aux définitions citées dans le cadre conceptuel, celle que je retiens est l'explication de Bulechek et Mc Closkey¹³⁶. En effet, elle correspond le mieux à ce que nous avons ciblé. Dans notre recherche, nous avons délimité l'accueil de la manière suivante : dès le moment où le soignant va chercher le patient ou qu'il est accompagné dans le service, jusqu'au moment où il est pris au bloc opératoire.

Durant les entretiens, les faits qui ressortent le plus sont : le besoin de communication, et celui de donner des informations afin que ce dernier se sente rassuré.

« C'est pour cela qu'il est important de se présenter. Aussi parce qu'ils ont un visage familial. C'est vraiment le premier contact qui compte. Donc si ça ne passe pas très bien dès le départ c'est peut-être un petit peu compliqué pour la suite des soins. » Cette infirmière a

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

¹³⁶ « les soins apportés à un malade à son arrivée dans un établissement de santé ».

très bien ressorti le fait que si le patient ne se sent pas bien accueilli, il aura de la peine, par la suite, à se sentir en confiance. Quant à la théorie de Formarier¹³⁷, je peux faire le parallèle avec le premier stade, celui où le soignant doit considérer le patient comme partenaire de la relation ; ceci en déclinant son nom ainsi que sa fonction, en présentant l'établissement, etc. En effet, si l'infirmière ne le considère pas dans sa personne, avec les connaissances qu'il a déjà ou qu'elle n'écoute pas ce qu'il a à lui dire, les bases de la relation risquent de ne pas être solides ; d'où l'importance de ne pas passer à côté de ce moment qu'est l'accueil. Je ne vais pas le citer à nouveau, mais une des infirmières interrogées a dit qu'il était important de donner des informations pour qu'il se sente bien accueilli et qu'ensuite il puisse avoir confiance dans l'équipe soignante.

De plus, ce que m'ont dit les infirmières corrobore les critères de l'accueil de McCloskey et Bulechek. Je ne vais mentionner seulement ceux qui sont ressortis au travers des entretiens :

Le fait de se présenter au patient, de faire connaître les lieux immédiats à ce dernier, de lui décrire les installations et les services offerts à lui et à ses proches, faire ensuite son anamnèse, consigner l'information pertinente, puis prévenir le médecin de son arrivée.

Si on fait le parallèle entre ce que les infirmières ont dit et ces actions, nous remarquons beaucoup de points communs qui peuvent être mis en évidence.

En relation au besoin de renseignement, une brochure d'accueil est disponible pour les patients. Selon les informations que nous avons trouvées sur Internet, le patient devrait en faire la demande aux admissions¹³⁸. Après vérification de cette information¹³⁹, j'ai appris qu'elle était donnée au patient lors de son accueil et qu'elle était aussi disposée dans les tables de nuit. Aucune personne interrogée ne m'en a fait mention durant les entretiens. Lors de la conversation téléphonique, lorsque j'ai demandé si ce livret était expliqué aux patients, l'infirmière m'a répondu que cela devrait se faire, mais qu'elle savait pertinemment que ce n'était pas fait systématiquement. Par contre, une information intéressante, qui m'a été transmise est le fait qu'il y a un groupe de travail qui est en train de remanier ce carnet afin qu'il soit adapté précisément à la chirurgie. Il serait intéressant d'investiguer sur l'utilisation future de cet élément. Comment les infirmières l'utiliseront-elle dans le cadre de l'accueil ?

Au travers de ces propos, je peux dire qu'un bon accueil ne peut pas avoir lieu uniquement en suivant un protocole / un guideline. L'observation, la relation que l'infirmière va créer avec le patient, son savoir, son savoir-faire, ainsi que son savoir-être, sont des éléments qui font que l'accueil est efficient.

¹³⁷ FORMARIER MONIQUE. « Approche du concept d'accueil, entre banalités et complexité ». *Recherche en soins infirmiers* n°75. Décembre 2003. Pages 15 à 20.

¹³⁸ <http://www.rsv-gnw.ch/fr/siteshospitaliers/steclair/infospatients/Pages/admission.aspx> . Consulté le 24.04.09

¹³⁹ Ces informations m'ont été transmises par les ICUS des services dans lesquels nous avons effectués nos entretiens. J'ai rappelé dans le service car je n'avais pas cette information. Date de l'appel : 06.05.09.

Dès lors, je tiens à préciser qu'un protocole n'est pas proposé par hasard dans un service. Ce dernier est là pour répondre à des objectifs de soins, mais aussi pour garantir la qualité des soins prodigués¹⁴⁰. Lors de certains gestes techniques, s'il n'y avait pas de ligne de conduite, chacun pourrait le mener comme il le veut et là, je pense que la qualité s'en trouverait être diminuée.¹⁴¹

Pour faire le lien avec l'objectif 1 qui traite des outils, ceux qui sont en relation à la communication sont : la reformulation, la relation d'aide ainsi que la vérification de la compréhension des informations données. Le carnet d'information destiné aux patients pourrait être un outil destiné à la personne opérée pour la première fois. Je traiterai cet aspect dans la discussion.

9.2.OBJECTIF 2

Identifier les outils utilisés de manière formelle et informelle lors d'une prise en charge infirmière pour une première hospitalisation au sein du service.

Cet objectif est aussi relié à la première hypothèse. Voici les thèmes des deux questions principales qui y sont liées:

- L'utilisation d'outils formels et spécifiques afin d'adapter la prise en charge d'un patient opéré pour la première fois dans ce service.
- L'utilisation des diagnostics infirmiers.

Les concepts que nous avons prévus de relier à cet objectif étaient d'abord celui de l'angoisse et d'anxiété. Lorsque l'infirmière établit son recueil de données, si le patient est anxieux, angoissé ou stressé, elle va probablement le détecter et inconsciemment ou non, elle établira son offre en soins à partir de cette « demande ». Ensuite, le concept de soi : j'ai pu le mettre en avant lorsque les infirmières interrogées parlent du manque de temps mis à disposition pour les soins à prodiguer.

¹⁴⁰ Par exemple, dans l'ordonnance sur la qualité des soins et la sécurité des patients qui sera mise en application dès le 1^{er} juillet 2009, le canton a nommé une commission Cantonale pour la Sécurité des Patients et la Qualité des Soins (CSPQS). Une des compétences de cette dernière est de « développer les outils conceptuels nécessaires à l'évaluation et à la gestion de la sécurité des patients et de la qualité des soins ». Le carnet d'information destiné au patient en fait par exemple partie.

http://www.vs.ch/Press/DS_3/ACC-2009-04-23-15264/fr/o_2.pdf consulté le 18.05.09.

¹⁴¹ Prenons l'exemple de la pose de la sonde vésicale. Il y a un protocole à suivre depuis la préparation du matériel, en passant par le geste en lui-même, jusqu'au rangement du matériel. Cet élément ne diminue pas l'autonomie de l'infirmière, au contraire, cela la responsabilise et lui permet d'offrir une prestation de qualité.

9.2.1. Les protocoles

Lorsque nous parlions de protocole, nous avions dans l'esprit le fait d'utiliser un guideline spécifique à l'accueil. Cependant, au fil des entretiens, je me suis rendue compte que cet outil comportait certains inconvénients. J'illustre mes propos grâce à l'analyse qui suit.

Sept infirmières sur huit m'ont dit qu'il n'existait pas de protocole pour l'accueil d'un patient et que ce dernier ne serait pas utile. La personne qui m'a parlé d'un protocole était dans un service de chirurgie spécifique et parfois, elle avait des patients d'autres spécialités qui étaient pris en charge. Ces guidelines servaient donc à ce que tout le monde ait la même ligne de conduite. Par contre, ces deux protocoles n'entrent pas en compte dans ma recherche car ils ne sont fixés ni sur la première opération spécifiquement, ni sur l'accueil, mais sur une prise en charge standard pour un type d'opération uniquement.

Autrement, toutes les infirmières étaient d'accord sur le fait qu'il serait inutile de créer un protocole qui concerne une première opération. En effet, les actions infirmières sont plutôt centrées sur la communication et il n'est, selon elles, pas judicieux de créer un protocole concernant la prise en charge lors d'une première opération. Voici deux exemples de réponses des enquêtés qui illustrent mes propos :

« ... mettre par écrit, c'est toujours délicat parce que vous ne pouvez pas rester fixé par rapport à des écrits. Les liens se font avec la personne qui est peut-être différente d'une autre. Elles n'ont pas toutes les mêmes besoins »

« Je ne pense pas que ce serait possible. Un protocole cela veut dire des choses carrées, et là on reste quand même dans le domaine de l'abstrait où chaque personne est différente. Pour un traitement je pense que ce serait même nécessaire (...) la communication c'est tellement abstrait que c'est selon le patient, c'est suivant l'interaction que l'on va avoir avec la personne que l'on va adapter son langage (...) Un protocole je pense que cela fermerait pas mal de portes »

L'infirmière suivante propose d'avoir une sorte de « pense-bête » plutôt que d'avoir un protocole strict : *« ...une ligne de conduite, des choses à ne pas oublier. Mais une procédure je ne sais pas si c'est nécessaire. »*.

Une infirmière fait ressortir le fait qu'elle apprécierait d'avoir un protocole post opératoire adapté à chaque opération. Mais ce dernier n'aurait pas d'impact au niveau de la communication lors de l'accueil. De plus, lors de l'utilisation de ces protocoles, la différenciation entre un patient vivant sa première opération et un autre n'est pas nécessaire.

Lorsque nous avons établi notre problématique, je pouvais imaginer la construction d'un protocole lors de l'accueil pour une première opération. Je n'avais pas pensé que ce serait aussi strict et qu'il fermerait des portes. Au contraire, j'imaginai que ce dernier pouvait permettre une cohérence d'équipe et que l'infirmière serait, d'une certaine manière, soulagée.

Maintenant, avec le recul et au fil des entretiens, je suis presque du même avis que les infirmières. Le protocole¹⁴² représente une ligne directrice carrée, qui normalement ne laisse pas de place au hasard et dont on ne peut pas dévier. Cependant, il peut servir de guide et peut nous aider à aiguiller notre pratique.

Une de nos compétences¹⁴³ est l'autonomie et en établissant un protocole, je ne pense pas que cette dernière soit diminuée. Le protocole ne laisse certes pas de place au hasard, mais il garantit que tout le monde agisse de la même manière et offre ainsi une standardisation des soins. Je me demande donc si, au niveau de l'accueil, l'établissement d'un protocole pourrait être adéquat. Celui-ci permettrait à toute l'équipe de recueillir les informations nécessaires tout en sachant que chacun le fait à sa manière. C'est là qu'il faut prendre garde de ne pas rester uniquement au niveau du protocole, mais qu'il faut penser à la communication, qui est très importante, car elle permet aux soins « techniques » de prendre une dimension humaine.

D'ailleurs, même au niveau de la communication, il existe certains guides qui nous donnent des indications quant à notre manière de nous exprimer, mais au final, c'est notre personnalité qui entre en interaction avec une autre personnalité et cela va créer un échange. Je suis d'avis que l'on ne peut pas systématiser un échange entre deux personnes. Cependant, l'idée d'avoir des mots-clés sur les informations à donner concernant l'organisation du service ou de l'hospitalisation pourrait permettre à l'infirmière d'être à l'aise lorsqu'elle est en situation de stress, car elle serait sûre de ne rien oublier, elle serait moins focalisée sur les gestes techniques et pourrait ainsi se consacrer d'avantages à la communication.

La relation que j'établis avec l'objectif 2 est qu'il n'y a pas d'utilisation de protocoles formels qui ressort et que les infirmières interrogées pensent que cela serait un frein à la communication, car leur prise en charge ne pourrait pas forcément être individualisée. Maintenant, grâce au sous-chapitre suivant qui est celui des diagnostics infirmiers, la vision du protocole est différente et nous amène un paradigme nouveau.

9.2.2. Les diagnostics infirmiers

Je pense qu'en créant une démarche de soins, il y a une certaine systématisation de la prise en charge au niveau du service. Je m'explique : s'il n'y a pas de DSI, chaque infirmière pose ses propres objectifs. Certes il y aura des similitudes entre les professionnels, mais si cette démarche est écrite, toutes les soignantes peuvent s'y référer et ainsi aller dans le « même sens ».

En posant la question concernant l'utilisation des diagnostics infirmiers, je savais que dans les services où nous avons effectué nos questionnaires, la pose du diagnostic infirmier, de ses objectifs et son évaluation ne sont pas possible dans le dossier informatique du patient. Les infirmières ne peuvent donc pas effectuer une démarche de soins complète telle que nous la connaissons, du moins dans le fichier du patient. Cependant, il est important de signaler que dans le dossier Phoenix¹⁴⁴, il y a une partie appelée « plan de soins journalier », où sont

¹⁴² Définition du protocole selon l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) : « Le protocole est un descriptif de techniques à appliquer et/ou de consignes à observer ». Tiré du site internet : <http://www.infirmiers.com/inf/recommandations-protocoles-procedures.php> consulté le 13.04.09.

¹⁴³ Référentiel de compétences de la 3^{ème} année Bachelor. Compétence n° 9 : *Exercer sa profession de manière responsable et autonome.*

¹⁴⁴ Phoenix : dossier électronique du patient utilisé au sein du RSV (Réseau Santé Valais).

exposé les besoins et où l'infirmière doit noter si le patient est dépendant ou non et s'il l'est, ce qui est mis en place. Dans le dossier du patient, l'infirmière fait ses annotations de la manière suivante : elle doit écrire ses observations, puis ses actions et pour finir les résultats obtenus.

Je tiens à préciser que, dans certains services, le fait de travailler avec les diagnostics infirmiers est un des objectifs de l'année 2009. Selon un cours que j'ai reçu durant le premier semestre de l'année scolaire 2008/2009, je peux affirmer que les diagnostics ne vont pas être introduits en une fois dans les services. Les infirmières-cheffes vont devoir suivre des cours afin de pouvoir former leur équipe. Ensuite, les infirmières elles-mêmes participeront à un cours sur les diagnostics infirmiers. Cette introduction aux diagnostics infirmiers est un travail de longue haleine sur plusieurs mois, avant que tout le service puisse fonctionner avec ces derniers. Pour l'instant, dans l'hôpital où nous avons fait nos entretiens, un seul des services dit « pilote » a commencé à utiliser les diagnostics infirmiers directement insérés dans le dossier informatisé. Quant aux autres services, leur mise en place va être progressive.

Au fil des entretiens, j'ai pu remarquer que quatre infirmières affirment qu'elles n'utilisent pas les diagnostics infirmiers. Plutôt que de résumer les dires des participantes à ma recherche, j'ai préféré vous faire part de quelques exemples :

« Je pense que c'est plus une question de routine que l'on a en travaillant longtemps dans un secteur. Cela vient au fur et à mesure, c'est quelque chose qui est tous les jours pareils (...) donc il n'y a pas besoin d'utiliser, en tout cas je ne vois pas l'utilité d'utiliser des diagnostics infirmiers comme ça, pour le moment »

« Pas besoin de diagnostics infirmiers, quand les patients arrivent je sais ce qu'il y a à faire... »

« Il faudrait utiliser les diagnostics, on devrait le faire. Mais c'est aussi le temps qui nous manque. Ce qui est le plus important c'est, je pense pour moi, les soins auprès du patient. Les diagnostics, on n'a pas toujours le temps de les inscrire, (...) dans notre tête ils y sont, mais après on n'a pas le temps de les formuler. »

A travers ces dires, je peux identifier que les infirmières utilisent des objectifs de soins, mais pas les diagnostics infirmiers¹⁴⁵. Celles qui ont étudié les diagnostics infirmiers disent les faire intérieurement. Quant aux autres, elles identifient les problèmes et les besoins perturbés de leur patient même sans l'utilisation de diagnostics infirmiers et posent ainsi, comme cité plus haut, des objectifs de soins.

Ce que j'ai pu également ressentir, c'est que les infirmières qui n'ont jamais appris le fonctionnement des diagnostics infirmiers éprouvent une sorte de réticence, comme une peur, en pensant qu'elles vont perdre du temps auprès du patient.

¹⁴⁵ Sauf une infirmière qui m'a dit qu'elle posait le diagnostic infirmier.

Pour finir, une des personnes interrogée me dit qu'elle a eu l'habitude de travailler avec ces derniers durant son parcours professionnels et qu'ici, elle utilise le Phoenix de manière à faire comme si elle avait posé son diagnostic :

« J'utilise le Phoenix. Mais sur ce dernier, vous n'avez pas la possibilité de mettre votre diagnostic infirmier (...) Disons que je vais décrire mon diagnostic mais je ne vais pas forcément mettre : altération de l'image corporelle. Je vais le mettre dans mes observations : relié à quoi et puis mes actions. Je ne vais pas faire de transmissions ciblées véritables en fait. (...) parce que sur le Phoenix, il manque juste la case diagnostics ou cible! (...) dans mes actions je vais faire déjà une partie de la réalisation de mes objectifs et dans mon évaluation je vais mettre où j'en suis » J'ai trouvé intéressant de retranscrire ce passage car à travers ce derniers, nous pouvons remarquer que l'infirmière a une capacité d'adaptation et qu'elle est capable, grâce à ses connaissances, de travailler efficacement.

Au final, même si toutes les infirmières n'utilisent pas les diagnostics infirmiers de manière formelle dans ce service, toutes ont le même objectif : **le bien-être du patient**.

Pour mettre cela en relation au cadre, j'utiliserai à nouveau la communication. Surtout les attitudes de la relation d'aide facilitant la communication, mais encore le fait d'effectuer un recueil de données grâce à ses cinq sens. Elle peut établir ensuite un PSI individualisé à chacun de ses patients. Dans la théorie de la relation d'aide¹⁴⁶, le premier principe identifie l'infirmière capable de part une observation attentive de son patient, de développer des stratégies de soins. Elle fera aussi preuve d'écoute et mettra en place une relation de confiance. Les actions infirmières pourraient avoir une influence sur l'évolution du malade. En s'adaptant à ce dernier, à ses attentes, elle lui permet d'évoluer vers la guérison ou le mieux-être.

Par rapport à l'objectif qui est celui de l'identification des outils formels, je peux dire que les diagnostics infirmiers sont un outil. Pour l'instant ils ne sont pas formels, mais quasiment toutes les infirmières interrogées les utilisent, implicitement ou explicitement. Cet instrument ainsi que la réflexion de l'infirmière, s'avèrent très utile lors de l'accueil du patient car, je le pense, c'est dans cette phase que tout se passe : le premier contact, l'anamnèse et donc le début du PSI avec la pose des diagnostics, les objectifs puis l'évaluation continue des actions entreprises par les soignantes. Comme dit plus haut, les infirmières de part leurs interventions peuvent avoir une influence sur l'évolution de l'hospitalisation du patient. Lorsque l'on établit l'anamnèse, on identifie aussi les besoins perturbés. C'est grâce à ce que le patient nous dit et nous montre que l'on peut identifier ses besoins. Si une infirmière n'est pas à l'écoute de son patient, je me demande si ses objectifs de soins seraient adaptés, car ces derniers pourraient ne pas correspondre aux capacités et à la motivation du bénéficiaire de soins. C'est donc pour ces raisons que l'accueil est important car, il donne l'intonation quant à la suite de l'hospitalisation.

¹⁴⁶ PHANEUF MARGOT. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Edition de la Chenelière inc. 2002.p.320

9.2.3. Le manque de temps

Ce thème est ressorti plusieurs fois durant les entretiens et dans différentes questions (la pose des diagnostics infirmiers, la différenciation de la prise en charge entre un patient opéré pour la première fois et aussi, lors de l'utilisation des protocoles). Les infirmières disent avoir énormément de travail et qu'il faut savoir gérer son temps au mieux. Toutes sont convaincues que la communication est importante, mais comme le dit une personne interrogée, il y a certains moments où il faut savoir « *gagner du temps* » comme ici où je demandais s'il était important de savoir si le patient venait pour la première fois à l'hôpital :

« Oui parce que si il a déjà été opéré, il sait déjà plus ou moins comment cela se passe, on gagne un petit peu de temps (...). »

Je ne vais pas la citer à nouveau, mais lorsqu'une des infirmières a parlé des diagnostics infirmiers, elle a dit que cela pourrait lui faire perdre du temps.

Je peux relier ces propos au concept de soi, par rapport à l'image de soi, mais aussi par rapport au rôle. L'infirmière a l'image qu'elle donne et celle qu'elle aimerait donner. Son rôle de professionnelle quand à lui, n'est pas toujours évident ; lorsque l'on est étudiant, on nous apprend qu'il faut prendre le temps avec le patient, dans le but d'instaurer une relation de confiance, mais aussi pour que le bénéficiaire de soin vive ce moment au mieux. Je peux dire, de part mes expériences pratiques, que dans certaines situations, il n'est pas aisé de prendre le temps. Parfois, l'infirmière n'agit peut-être pas comme elle aimerait faire ou comme elle souhaiterait être, mais elle n'a pas le choix. Voici un témoignage recueilli qui image mes dires¹⁴⁷ :

« On va peut-être perdre... Passer pas mal de temps avec pour lui expliquer s'il n'a jamais été opéré. Tandis que s'il a été opéré, on peut quand même raccourcir la prise en charge, et puis ici on a besoin de gérer le temps... » En regard de cela, je suis en mesure de me demander comment est considéré un patient qui n'a pas été opéré depuis longtemps. Est-il identifié comme ayant déjà vécu une première opération donc il n'aura peut-être pas besoin d'avoir autant d'information qu'un autre ou imagine-t-elle qu'au contraire, comme cela fait longtemps, il sera vu comme une charge plus lourde ? Je n'ai malheureusement pas réponse à cette question car, durant les entretiens, je n'ai pas analysé la situation où le patient avait été opéré depuis longtemps. Par contre, la question qui peut se poser est liée à la charge de travail. Imaginons que le moment de l'accueil représente un moment où l'infirmière a besoin de prendre plus de temps avec le patient et que l'ICUS en tient compte. Va-t-elle modifier la planification journalière quant à la charge de travail de chaque infirmière ? Pour aller plus loin, si l'infirmière sait qu'elle va s'occuper d'un patient qui vient subir sa première opération, prévoit-elle que l'accueil durera plus longtemps que chez un patient qui a déjà été opéré ? Adaptera-t-elle son plan de la journée ? Je n'ai pas réponse à ces éléments. Par contre, lors de la discussion, je prendrai le temps d'approfondir cette notion.

¹⁴⁷ La personne interrogée répondait à la question : Est-il nécessaire de différencier la prise en charge entre un patient qui est hospitalisé pour la première fois et un autre ?

Grâce au concept de soi développé dans le cadre conceptuel, je peux déduire qu'il y a un risque de conflit de rôle et que cette situation peut-être vécue comme un moment stressant. Dans une vie, nous avons différents rôles : celui de parent, celui de professionnel et parfois celui de patient. Je divise le rôle professionnel en deux parties ; il y a celui que l'on aimerait être et celui que l'on doit être en regard des conditions dans lesquelles on travaille. L'infirmière doit parfois faire un choix. Toutes sont conscientes et aimeraient pouvoir prendre le temps de discuter avec chaque patient, de leur offrir les meilleurs soins possibles au niveau de la communication. Malheureusement, il y a des situations où cela n'est pas possible.

À travers mon expérience pratique, mais aussi grâce aux cours dispensés à l'école, j'ai la conviction que l'on peut prendre le temps de discuter, d'avoir la parole qu'il faut, même si on est dans une situation de stress. Je pense que, chaque fois que l'on entre dans une chambre et que l'on va faire un soin auprès d'un patient, même si c'est un acte technique et qu'il est de courte durée, c'est un instant à saisir pour la communication. Le patient est devant nous et il est important de pouvoir lui parler.

Lors des entretiens, j'ai ressenti le fait que les infirmières avaient envie d'être le plus optimum possible et de représenter l'infirmière qui leur est idéal, mais que cela n'était pas toujours possible.

Il est évident que cette dernière partie, qui est le manque de temps, n'est pas un outil en lui-même. Cependant c'est un élément qui est ressorti à plusieurs reprises lorsque le thème des instruments utilisés était demandé. Je le considère donc comme un outil, car cette information donnée par les infirmières du terrain est précieuse et si elle est autant présente au sein du corpus, c'est que quelque chose pourrait être fait à ce niveau-là. Cependant, je n'ai pas les compétences de proposer des changements, mais uniquement de constater, à travers les paroles des infirmières, ce qui se déroule dans les services.

9.2.4. Synthèse des résultats concernant les outils

Cette conclusion englobe les deux premiers objectifs de la première hypothèse. En effet, grâce à ces derniers j'ai pu ressortir quels étaient les outils utilisés au sein des deux services.

Le principal est le fait de donner des informations. Le patient accueilli dans le service a besoin de savoir comment va se dérouler sa journée, ainsi que son séjour et cela aide dans la diminution du stress et de l'anxiété.

Le deuxième outil est celui de la communication, en lien avec le cadre théorique, je pense à la relation d'aide, mais aussi à la reformulation. Par rapport aux principes d'Hildegarde Peplau¹⁴⁸, toutes les infirmières interrogées ont fait ressortir les principes énoncés, soit le fait d'être attentive au patient, l'écouter, l'observer. Ceci est important pour moi, car cela signifie que toutes ont atteint une certaine qualité dans les soins procurés à la personne et que, malgré

¹⁴⁸ PHANEUF MARGOT. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Edition de la Chenelière inc. 2002. p.12, citée dans le concept de la communication.

le manque de temps qui est ressorti à plusieurs reprises, elles adaptent leur prise en charge à tout un chacun et sont attentives au bien-être du patient.

Le dernier point que je ressors est le fait qu'elles pensent toutes que l'utilisation d'un protocole formel serait négatif pour la prise en charge et qu'il ne permettrait pas une si grande flexibilité dans les interventions infirmières. Il est vrai que ce dernier pourrait limiter la professionnelle et ainsi diminuer son autonomie. Cependant, comme une des enquêtée l'a dit, le fait d'avoir une liste avec les principales choses à demander ou à faire avec le patient serait intéressant car elle pourrait aider à diminuer le stress de l'infirmière. En partant dans la chambre avec cette feuille, elle serait sûre de ne rien oublier. Elle serait ensuite à même de s'occuper du patient du point de vue de la communication. De plus, elle est ainsi dans l'optique de garantir une qualité dans ses soins, car elle utilise un protocole qui est validé par l'ensemble de l'équipe, mais aussi par l'hôpital.

9.3.OBJECTIF 3

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.

Ce dernier est relié à la deuxième hypothèse : « 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 qui modifie sa perception de la situation et ainsi influe sur le comportement. ». Cette hypothèse sera évaluée avec Isis dans la synthèse, nous mettrons en corrélation nos résultats.

Pour cet objectif, il y avait trois questions principales avec ses relances. Je vous propose de vous les citer afin que la suite de l'analyse soit plus claire.

- Avez-vous déjà subi une opération programmée ?
- Pensez-vous que cette expérience a modifié votre prise en charge actuelle du patient opéré pour la première fois ?
- À votre avis cette expérience vous permet-elle d'être plus réceptive émotionnellement dans certaines situations pour adapter votre prise en charge ?
- Pensez-vous qu'une première opération peut permettre d'avoir une influence pour s'adapter aux suivantes ?

Au travers de ces questions nous avons pour but de faire ressortir les concepts de soi, de résilience et d'anxiété.

Je vais procéder de la même manière que précédemment en ressortant les thèmes principaux et en les reliant aux concepts.

9.3.1. Modification de la prise en charge actuelle du patient

Pour cette question, les réponses des infirmières sont mitigées. Certaines pensent que leur première opération n'a pas modifié leur pratique ; *« non parce que je me rends compte que la prise en charge que j'ai eu moi a été nettement moins bonne que celle que je fournis »*. Face à ce propos, on peut imaginer qu'elle fait quand même une différence, dans le sens où elle se rend compte que sa pratique actuelle est de bonne qualité comparée à celle qu'elle a reçue lorsqu'elle a été opérée.

À plusieurs reprises est ressorti le fait que, d'avoir été opéré dans le service où l'on travaillait ne pouvait pas constituer une référence. Elles expliquent cela en disant que : *« Je ne suis pas une référence parce j'ai été hospitalisée dans mon service. Tout le monde était aux petits soins et puis ce fait n'a pas pu changer ma façon de travailler. (...) Donc ça n'a rien changé à mon point de vue. Maintenant si j'avais été hospitalisée ailleurs avec une autre approche, ça l'aurait peut-être modifié. »* Ou encore : *« Parce qu'il y en a qui disent « oui, être hospitalisée, opérée dans la même maison ou on travaille j'aimerais pas » Eh bien moi je dis au contraire parce que l'on est drôlement bien pris en charge. Enfin pour ma part ! »*. Il est pour moi important de ressortir ces faits car on peut s'imaginer qu'elles ont une prise en charge qui est certes pour tout le monde la même, mais qu'elles sont attentives à tous les besoins de leurs patients.

Un autre point qui est ressorti est le fait qu'il est important de modifier la prise en charge : *« Il y a des choses auxquelles je fais attention. Je pense que si je n'avais pas été opérée, je n'aurais pas fait attention. »*. Cette infirmière a effectué une transformation de sa pratique suite à une expérience vécue. Je considère donc cela comme une attitude résiliente. En reprenant les attitudes résilientes de Marie Anaut, cette infirmière a développé une certaine capacité de distanciation¹⁴⁹ : lorsqu'un de ses patients vit une situation dans laquelle elle s'est peut-être trouvée, l'infirmière n'éprouve pas d'anxiété ou d'angoisses, car cette situation ne lui est pas inconnue. Elle a déjà dû la gérer une fois, personnellement. Ainsi, la soignante peut aider le patient à trouver des ressources et diminuer son angoisse ou son anxiété liée à la première opération.

D'autres attitudes résilientes ressortent chez une des infirmières par rapport à la douleur ; *« Pas seulement la prise en charge de la première fois. Tous les soins, toute l'hospitalisation. Dès que l'on a eu une fois mal, et que l'on doit attendre sur un médicament. Même si c'est seulement trois minutes, ça peut être une éternité ! Alors je mets la priorité quand quelqu'un me dit : j'ai mal ! C'est tout de suite réglé. S'il n'a pas de réserve. Etre derrière (sous-entendu le médecin) pour qu'il en ait. Ça c'est important pour moi, et je l'ai appris quand j'étais malade. Pourtant j'étais ici, j'étais très bien gâtée et puis très bien accueillie ! »* Grâce à ces propos, je peux faire le lien avec le concept de résilience. Ces infirmières ont développé certaines attitudes, mais avant d'en parler, je vais faire la corrélation entre ces propos et le maillon du tricot de Boris Cyrulnik. La douleur, quelle qu'elle soit, est une expérience

¹⁴⁹ Cité dans le concept de résilience. ANAUT MARIE. « La résilience ». *Recherche en soins infirmiers* n°82. Septembre 2005 numéro spécial. Publication ARSI. Pages 4 et 7.

désagréable qui est marquante. Quand cette infirmière l'a ressenti, je peux m'avancer en disant qu'une maille de son tricot, à ce moment de sa vie, a été montée différemment.

Cette expérience désagréable a opéré en elle une métamorphose, un changement dans sa manière de concevoir certains aspects de sa pratique soignante. Certains changements se sont opérés en elle. L'infirmière ne pourra peut-être pas dire lesquels, mais il y en a eu et dorénavant, elle est plus réceptive lorsque quelqu'un exprime de la douleur et elle fait tout pour que cette dernière soit endiguée au plus vite. Pourquoi ? Parce qu'elle a vécu ce moment et n'a pas envie que l'autre le vive aussi. À travers ces propos, les attitudes résilientes que je peux ressortir, sont que cette personne a une capacité d'empathie et d'altruisme qui diffèrent peut-être d'avant son opération.

Le dernier fait que je peux relever dans les réponses des enquêtées est que leur vision a changé, mais parfois certains événements font que l'on repart dans la routine. À nouveau, la notion de temps ressort : *« Je pense que ça a changé ma vision après. Mais des fois, on repart dans notre routine parce qu'on est habituée. Donc sur le moment ça a changé ma vision, mais parfois on n'a pas le temps de faire comme on aimerait faire aussi. Je pense que c'est surtout l'espace-temps qui nous manque...plus qu'autre chose, oui c'est plus cela ; au niveau relationnel, maintenant on est assez restreint »*. Je ne vais pas traiter à nouveau la notion de temps dans ce paragraphe. Mais ce que je peux remarquer, c'est que cet aspect ressort dans quasiment toutes les réponses, dès que l'on parle de communication.

À l'aide de ces propos, je fais des liens avec le concept de soi et plus particulièrement avec l'identité. Son identité, l'infirmière la construit au travers de ses expériences pratiques mais aussi de ses expériences de vie. D'après les propos ci-dessus, je peux remarquer que, si elle a vécu une situation marquante, qui plus est dans le même milieu que celui dans lequel elle travaille, elle va adapter sa pratique. En ayant vu ou vécu certaines attitudes que des infirmières ont eu envers elle, la soignante se sera peut-être dit qu'elle n'a pas envie de soigner comme ces dernières et de reproduire les mêmes comportements. Elle va donc moduler son identité professionnelle car, comme nous l'avons cité dans le concept, l'identité n'est pas figée, elle évolue tout le temps. Durant toute une carrière, l'infirmière aura eu différentes identités. Je pense cependant que l'identité profonde, soit l'image qu'elle a de la profession d'infirmière, subsiste. Il est important de signaler qu'une fois la métamorphose faite, la personne a fondamentalement changé, dans ses valeurs comme dans ses croyances¹⁵⁰.

En relation avec l'objectif qui est d'observer les différences entre une infirmière ayant déjà été opérée et une autre, je ne peux, pour le moment, pas le faire.

¹⁵⁰ CYRULNIK BORIS. *Les vilains petits canards*. Editions Odile Jacob. 2001. p. 147.

9.3.2. Modification de la réceptivité émotionnelle dans certaines situations

À travers ce thème apparaissent différents points de vue, mais entre les huit soignantes interrogées, il y a différentes façon de concevoir ces modifications. Dans plusieurs réponses, les soignantes m'ont répondu que non, elles n'étaient pas forcément plus réceptives au final, elles sont quand même plus sensibles. Pour illustrer mes propos, je vais vous présenter des parties de corpus.

« Non. Bon, disons que dans mon métier, systématiquement, tu es très prêt de ton malade quand tu le reçois, quand tu t'occupes de lui, quand tu le prépares. Je trouve que de toute façon au niveau émotionnel, ça te touches quand même. Donc je ne sais pas, mais oui, émotionnellement tu es quand même touchée et puis tu veux faire au mieux pour que ça se déroule bien... »

Avec cette infirmière je peux mettre en avant un thème dont j'ai souvent parlé : le fait que la première opération touche et peut être vécue comme un moment de crise, mais aussi que l'accueil effectué influence la suite de l'hospitalisation. Grâce à Caplan, je peux mettre en évidence le concept de crise de la manière suivante : dans la situation d'une première opération, voici les notions citées dans le cadre conceptuel : « la crise peut survenir chez n'importe qui, elle est issue d'un fait précis et identifiable »¹⁵¹, ici l'opération est aigüe, dans le sens où elle occupera la durée du séjour hospitaliser si tout se passe bien. Et je pense même que, si l'opération se déroule bien, en post opératoire le patient n'est déjà plus en situation de crise si c'était l'opération en elle-même qui engendrait la peur. Comme l'a dit cette infirmière, émotionnellement elle est touchée car le patient est dans une situation difficile. Elle met en place des interventions afin que ce dernier vive au mieux son hospitalisation.

Une autre infirmière, lorsque je lui ai demandé si elle avait ressenti une modification de sa réceptivité émotionnelle, m'a dit qu'au contraire, maintenant qu'elle a vécu une opération elle est un peu plus « dure » : « *Pas spécialement, pour certains trucs, je suis peut-être un peu plus dure que si je n'avais pas été opérée. Parce que je sais que cela ne fait pas plus mal que tant alors je suis peut-être un peu plus dure. Mais bon maintenant les opérations ici c'est différent. Là c'est quand même des grosses interventions avec des diagnostics pas faciles à digérer. Mais pour des petites opérations comme une matrice ou autre, non, j'aurais tendance à les pousser un petit peu, à les stimuler un peu.* » Cette infirmière a développé une sensibilité, mais différente des autres soignantes. Elle sait que les patients dans son service vivent de grosses opérations donc elle a une approche différente, mais ce n'est pas grâce à l'opération qu'elle a vécue. Cette soignante s'est « adaptée à » mais n'a, à première vue, pas fait de métamorphose. Avec ses propos, je peux déduire que son expérience personnelle lui sert d'étalon¹⁵² pour sa pratique. Je reprendrai ce point lors de la discussion.

¹⁵¹ TOWNSEND MARY C. *Soins infirmiers, Psychiatrie et santé mentale*. Edition Erpi. p.154-155, cité dans le concept de crise.

¹⁵² Ici, j'utilise le terme d'étalon en tant que synonyme de modèle, mesure.

Une autre soignante explique bien le changement qui s'est produit depuis qu'elle a vécu cette expérience. *« J'ai été opérée et j'ai vu vraiment une fois la vie de l'autre côté. (...) Avant souvent probablement j'ai dit ; mais ça va aller, oui oui ! Une fois j'ai eu très très mal et quelqu'un m'a dit : Ah tu as vu la belle journée aujourd'hui ! J'ai pensé : oh mon dieu, je m'en fous ! Quand un patient qui me dit qu'il a mal, là on peut faire quelque chose aujourd'hui. »* Dans le même sens, deux autres enquêtées ont effectué une modification dans leur prise en charge après avoir été opérée. Elles se basent sur la compréhension de leur vécu pour être attentives aux priorités du patient. Je vais vous faire part d'un des deux extrait de l'entretien : *« Je pense que oui, au niveau de la douleur. Oui je pense que je comprends mieux ce que c'est que de tousser avec une cicatrice, des choses comme ça qu'au départ on dit « tousssez, tousssez » et puis les patients disent qu'ils ont mal. Mais voilà après on sait que vraiment ce sont des douleurs qui peuvent faire mal qu'il ne faut pas négliger. Et maintenant on a aussi une antalgie, des contre-douleurs, on a des médicaments qui sont bien aussi (...) J'hésite moins à donner des calmants maintenant, parce que je sais qu'on peut... que c'est mieux de recevoir des calmants et qu'après l'évolution est meilleure, parce que les gens font moins de complications. »*

Dans ces deux témoignages, le concept phare est celui de la résilience. En effet, ces infirmières, grâce à leur expérience personnelle, ont modifié leurs comportements. Comme cité dans le concept de la résilience, la douleur est propre à chacun. Cependant, pour les personnes interrogées, la douleur dans le contexte d'une opération paraît encore différente d'une autre.

Un autre point abordé par une infirmière interrogée est le respect du sommeil. Dans ce cas-là, je pense pouvoir dire qu'elle a développé une attitude résiliente car le fait d'avoir été dérangée et d'avoir eu une infirmière bruyante n'a peut être pas été vécu comme un choc, mais en tout cas comme un souvenir désagréable qu'elle s'est dit ne pas vouloir reproduire. Elle a justement effectué une métamorphose et a changé certaines de ses valeurs. En regard de ces propos, je peux l'identifier comme ayant des attitudes résilientes.

Par rapport à la douleur, les infirmières interrogées sont plus à l'écoute et surtout, disent d'elles-mêmes qu'elles ont modifié leur prise en charge. En faisant preuve d'empathie, en ayant une autre vision de la douleur et en proposant des moyens pour la diminuer au plus vite. Cette dernière remarque entrerait, par rapport au concept de résilience dans les « habiletés de résolution de problèmes ». Où justement, l'infirmière conseille différemment le patient lorsqu'elle a vécu la même expérience que celle qu'il est en train de vivre.

Le parcours de vie d'une infirmière a attiré mon attention. Etant donné qu'elle avait été opérée avant sa formation, ce n'était pas cette expérience qui avait modifié sa pratique. Cependant, le fait d'avoir soutenu une personne très proche d'elle dans cette épreuve avait transformé certains éléments dans sa conduite professionnelle. Voici ses propos lorsque je lui ai demandé si elle était plus réceptive émotionnellement : *« Peut-être plus par rapport à mon père qui a subi une intervention de chirurgie endocrinienne où j'ai vu comment... c'est sûr que quand on voit les autres travailler, on voit toujours ce qui n'a pas bien été fait, mais quand à J0 on prend deux tensions seulement, après on surveille seulement deux fois dans la journée ... il a fallu que je fasse moi la surveillance et je pense qu'il y a des choses qui ont été laissées un petit peu au hasard et qui ont laissé de grosses conséquences. Mais bon là en même temps on n'est pas du tout dans le même contexte, c'était à l'étranger. Donc moins de personnel, des gens moins assidus, on va dire. »*

Elle m'explique ensuite ce qu'elle a modifié dans sa prise en charge : « *Surtout à l'entrée, pour, je pense que la base de la base c'est de se présenter, expliquer comment va se dérouler l'intervention et surtout demander au patient s'il a des questions. À partir du moment où on considère le patient, l'approche est plus du tout la même.* » « *Donc si le lendemain ou le surlendemain je reviens, l'interaction avec le patient n'est plus du tout la même. Il y a un rapport beaucoup plus de confiance, il sait qu'il peut me poser des questions et bien souvent c'est ce qui arrive.* » Ici ressort le concept de la communication avec les principes d'Hildegarde Peplau, lorsqu'elle parle de se présenter, d'informer le patient mais surtout de le considérer en lui demandant directement quels sont ses besoins. Dans la deuxième partie de réponse, l'autre concept qui ressort fortement est celui de l'accueil selon Formarier¹⁵³. Cette infirmière a ressorti en quelques phrases toute la conception et l'importance de ce moment. Elle a atteint la première phase qui est celle de la reconnaissance du patient, elle l'a ensuite sécurisé en lui expliquant le déroulement de la journée puis, lorsqu'elle revient le voir quand elle travaille, l'infirmière fait sa connaissance et lui permet d'avoir des repères au sein du service.

Je dois dire que le fait d'utiliser le patient comme ressource principale et qu'il se sente pris en compte en tant que telle, est ressorti à plusieurs reprises dans les entretiens. Les infirmières interrogées ne l'ont peut-être pas dit autant clairement. En revanche, cela peut se lire dans tous les extraits de corpus que j'ai cités précédemment.

Le troisième lien à établir ici serait avec le concept d'angoisse et d'anxiété. En effet, lorsque l'infirmière répond aux besoins et aux demandes de son patient, elle diminue son anxiété. L'avantage, dans cette situation est qu'elle aura déjà vécu une expérience similaire. Il est certain que chaque hospitalisation, chaque opération est différente, mais les craintes de l'inconnu, la peur d'avoir mal peuvent être communes à tous les patients, quelque soit leur profession. Je pense qu'elle pourra répondre aux besoins du patient, comme toute autre infirmière, mais peut-être avec une autre approche.

Le dernier concept avec lequel je peux relier cette thématique est le concept de soi. En effet, lorsque l'infirmière a vécu sa première opération, son concept de soi a été chamboulé : changement de rôle, d'identité, peut-être une modification de son estime d'elle-même si par exemple elle n'arrivait pas à effectuer certaines choses toute seule. Pour finir, elle aura très certainement vécu une modification au niveau de son image corporelle. Je pense que même la plus petite cicatrice peut laisser des traces.

Je ne crois pas que le patient soit conscient de ces changements qui s'opèrent en lui. Cependant, il se peut que l'infirmière sente que le patient vit ces changements. Etant donné qu'elle a vécu cette expérience et que durant sa formation elle a appris à repérer lorsque le patient vit une période difficile au niveau de son concept de soi, elle pourra le soutenir dans le cheminement que ce dernier est en train de faire. Maintenant, dire que l'infirmière qui a déjà été opérée a des attitudes différentes d'une qui ne l'a jamais été, je ne peux pas. Comme dit précédemment, je corroborerai ces résultats avec Isis plus tard, dans mon travail.

¹⁵³ FORMARIER MONIQUE. « Approche du concept d'accueil, entre banalités et complexité ». *Recherche en soins infirmiers* n°75. Décembre 2003. Pages 15 à 20.

9.3.3. Influence de la première opération sur les suivantes

Ici aussi les propos diffèrent. Cependant, une seule personne interrogée m'a dit que cela ne changera rien car, si le bénéficiaire de soins était de nature stressé, il aurait de la difficulté à s'adapter aux opérations suivantes. Pour toutes les autres, cette situation peut avoir un effet sur l'opération, voire même sur l'hospitalisation suivante.

« Je pense qu'une première hospitalisation qui se passe bien, on a moins de stress à revenir pour une hospitalisation future. Une hospitalisation qui se passe mal on va revenir avec des appréhensions même si on sait que c'est différent, que ce n'est pas la même équipe, que ce n'est pas le même service, ni la même opération. »

« Oui, souvent ils disent si la dernière fois s'est bien passée donc ils arrivent un peu plus relax! Et si ils ont eu quelque chose qui s'est mal passé, ou qu'ils ont une connaissance pour qui ça s'est mal passé, d'emblée ils vont te le dire de tout de façon (...) mais après il faut leur expliquer que chaque intervention se passe différemment et pour la personne, et pour tout le monde » Ce que j'ai trouvé intéressant dans les propos de cette infirmière, c'est qu'elle écoute les craintes du patient, mais qu'elle le rassure en lui disant que pour chaque personne c'est différent. Car il est vrai, et je pense que c'est naturel, lorsque l'on va vers l'inconnu (la première opération par exemple), on se renseigne dans son entourage pour savoir comment les autres l'ont vécu. Au final, ce n'est pas toujours positif car, si cela s'est mal passé pour la personne à qui on a demandé, on se dit que cela risque de nous arriver aussi. Le rôle de l'infirmière est donc, comme l'explique cette enquêtée, de ramener la personne à elle, à sa propre expérience en la rassurant.

Une autre infirmière nous précise l'importance de la prise en charge lors de la toute première fois : *« C'est sûr que ça marquera même inconsciemment, même s'il vous dit que c'est la deuxième intervention et que ce n'est pas le même chirurgien, ni la même chambre ou les mêmes locaux. Pour les suites ou pour l'avenir ça peut être important la prise en charge, surtout si la première a été mauvaise, ça va nous compliquer la tâche à l'avenir »* Grâce à cette réponse, je peux faire le parallèle avec la question centrale de la recherche, lorsque nous avons posé l'hypothèse que la première hospitalisation avait une influence sur les suivantes. Je pense qu'il est nécessaire que je vous cite d'autres propos car ces dernières réponses sont capitales pour répondre à notre question centrale.

« Oui je crois. Cela dépend si c'est quelqu'un qui s'explique très facilement, qui nous dit : ah j'ai vécu ça la dernière fois...j'ai peur (...) Mais quelqu'un qui est renfermé aura des problèmes à cause de cela parce qu'il ne peut pas dire ce qu'il ressent et puis les angoisses arrivent. » Pour cette infirmière, les angoisses peuvent ressortir si une personne n'arrive pas à s'exprimer. C'est pour cela que la communication et la relation d'aide sont très importantes. Lorsque l'on entre en connexion avec une personne et qu'on lui offre un espace de parole, il y a des éléments essentiels pour la prise en charge qui peuvent ressortir. Le dernier témoignage que j'ai choisi permet de se rendre compte de l'importance de l'accueil et de l'information donnés au patient.

« Oui si vous avez une première intervention, comme je vous disais pour la mienne comme elle s'est déroulée, il est clair que le jour où je dois revenir à l'hôpital, il y a de quoi être angoissée, si justement vous n'avez pas eu, j'entends si on ne vous a pas tout expliqué les choses, s'il y a eu des couacs. (...) Par contre si vous avez eu un bon accueil, et que si on vous a bien expliqué, vous êtes déjà plus détendues, vous savez que si vous devez revenir, au moins que cela se passera bien... »

Après ces différents propos, je pourrais ressortir différents concepts, surtout que le dernier extrait nous ramène à quasiment tous les concepts développés dans le cadre conceptuel. Cependant, j'ai choisi principalement celui de la crise. Je développerai ensuite moins en profondeur celui de l'angoisse et de l'anxiété.

À un moment donné, dans les notions de la crise de Caplan¹⁵⁴, il dit que cette dernière peut soit favoriser la croissance personnelle, soit détériorer l'état psychologique.

Tout au long de cette analyse, j'ai pu mettre en avant le fait que l'opération pouvait être vécue comme une crise, que c'était angoissant et que l'accueil, la communication étaient importants. En partant de la théorie de Caplan, je peux dire que les actions de l'infirmière sont très importantes et même capitales dans l'évolution du patient. Ceci dans le sens où soit par ses actions la soignante aide le bénéficiaire de soins à surmonter la crise, soit celles-ci ne sont pas efficaces, peut-être mal ciblées et les conséquences vécues par le patient peuvent être importantes¹⁵⁵. Le lien que j'établis avec le concept d'angoisse et d'anxiété est le suivant : lors d'un début de crise, il y a de la peur et donc une angoisse possible. Je pense que si l'infirmière, au travers de ses interventions, arrive à diminuer l'anxiété, elle pourra endiguer la crise. Etant donné que la crise est une succession d'étapes, si le patient monte dans les échelons, son angoisse va aussi augmenter. Lorsque la professionnelle propose des interventions efficaces et qu'avec la communication et la relation d'aide elle arrive à détendre le patient, ce dernier redescendra dans les étapes de la crise. Au final, il n'aura pas vécu sa première hospitalisation comme une crise ou une étape difficile de sa vie car il n'aura pas été au summum de la crise. Dans ce contexte, l'accueil a un rôle primordial. C'est à ce moment que se crée le premier contact et que, comme cité précédemment, l'infirmière va identifier les besoins du bénéficiaire de soins ainsi que son état physique et psychologique actuels. Grâce à ses actions, elle pourra faire au mieux pour que le patient vive cette première hospitalisation agréablement et qu'il n'en garde pas un souvenir difficile pour le reste de sa vie.

9.3.4. Synthèse des résultats concernant le vécu des infirmières

Toutes les soignantes interrogées ont ressorti l'ampleur et l'impact de leurs interventions et qu'elles pouvaient avoir une influence sur le patient et sur son évolution. Elles ont aussi identifié le fait que la première hospitalisation peut-être marquante, même si cela est inconscient et qu'il est important qu'elle se déroule au mieux.

Presque toutes les professionnelles interrogées ont fait le lien entre leur vécu et leurs actions présentes. Pour certaines cela entre en compte directement avec leur propre expérience et, pour d'autres, c'est l'expérience d'un proche qui a modifié leur pratique.

Pour répondre complètement à cet objectif ainsi qu'à l'hypothèse reliée à ce dernier, je mettrai en concordance mes résultats avec ceux d'Isis et nous pourrons ainsi donner sens à notre recherche.

¹⁵⁴ TOWNSEND MARY C. *Soins infirmiers, Psychiatrie et santé mentale*. Edition Erpi. p.154-155. Cité dans le concept de crise.

¹⁵⁵ Je pense que les conséquences possibles vécues par le patient peuvent être une anxiété résiduelle tout au long de son hospitalisation, une peur qu'il va garder pour les hospitalisations futures, cela du au fait que le patient ne se soit pas senti pris en compte, écouté.

10. SYNTHÈSE DES RESULTATS DE L'ANALYSE

Cette synthèse est construite de la manière suivante : à partir des résultats étudiés en regard des objectifs dans les chapitres précédents, je vais maintenant les analyser avec les hypothèses correspondantes. Je répondrai à la deuxième hypothèse avec Isis.

Après avoir mis en relation mes résultats à ces hypothèses, je répondrai à la question centrale de la recherche.

10.1. ANALYSE DE LA PREMIERE HYPOTHESE

Si, lors de l'accueil, la prise en charge infirmière spécifique lors d'une première hospitalisation est prodiguée en suivant un protocole formel, des guidelines, alors l'efficacité¹⁵⁶ 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.

Lorsque nous avons posé cette hypothèse, nous pensions qu'il existait un protocole utilisé pour l'accueil du patient, comme il existe des protocoles post opératoires dans certains services.

Durant les entretiens, j'ai pu remarquer que cela n'est pas le cas. Le seul outil utilisé et validé par l'institution est le livret d'accueil du patient. Cependant, les infirmières ne m'en ont pas fait mention et, lors de l'appel avec l'ICUS, cette dernière m'a dit qu'elle savait que toute son équipe ne le présentait pas aux patients. À propos de ce livret d'accueil, une nouvelle information reçue lors d'un cours dispensé au sein de l'école¹⁵⁷ va éclairer notre recherche. Une enquête de satisfaction menée en 2006 dans le RSV a révélé que les patients n'étaient pas satisfaits des informations données durant leur hospitalisation. Une modification de ce livret va être faite : ce dernier sera amélioré et correspondra à l'hôpital où le bénéficiaire de soins est hospitalisé. En supplément, il y aura une feuille individuelle à chaque service, sur laquelle sera expliquée le déroulement d'une journée type. Cette information nous donne un élément supplémentaire dans la réponse à notre question centrale. Je pense que l'accueil prodigué par les infirmières sera en partie modifié ; le patient recevra des informations complémentaires par écrit. C'est un outil supplémentaire à l'accueil car à tout moment, le patient pourra le consulter et ainsi se rassurer. Il est toutefois important que l'infirmière prenne le temps de le lui expliquer. De plus, je ne pense pas que le temps destiné à l'accueil en sera diminué.

Durant les entretiens, lorsque j'ai questionné les infirmières quant à la création d'un protocole, toutes ont eu un avis négatif quant à l'utilisation de ce dernier. Au début de la recherche, comme cité plus haut, je pensais que ce guideline pourrait être utile à la prise en charge infirmière et même nécessaire. Aujourd'hui, je rejoins partiellement l'avis des infirmières qui me disent que cela pourrait être rédhibitoire et qu'il diminuerait l'autonomie de la profession. Ce protocole serait à identifier comme un outil pour avoir une prise en

¹⁵⁶ 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 ».

¹⁵⁷ Source : Monsieur Jean-François Pillet, directeur des soins infirmiers du CHCVs, a interviewé le 25.05.09.

charge adéquate et de qualité. Il ne dirait pas ce qu'il y a à faire de A à Z, mais donnerait les points-clés de la prise en charge.

Cependant, en tant que future infirmière, je pense travailler dans un service de chirurgie et je me dis qu'une sorte de check-list où figurent les principales informations à donner, ce qu'il y a à faire, pourrait être rassurant et permettrait d'avoir une plus grande liberté d'esprit. Dans le sens où, si je suis en situation de stress, je sais que j'ai une moins bonne mémoire, cet instrument me permettrait d'être plus à l'écoute et plus observatrice de mon patient.

Pour ce qui est de la continuité des soins, j'avoue qu'étant donné qu'il n'y a pas de protocole, je ne sais pas si toutes les infirmières procèdent formellement de la même manière. Par contre, de part leurs dires, je peux affirmer qu'elles ont toutes les mêmes agissements concernant l'accueil (se présenter, informer, observer, communiquer). Bien sûr, toutes ne le font pas de la même manière et ne prennent pas le même temps pour chaque item.

Cette hypothèse est donc, dans le sens où il y a utilisation d'objectifs de soins, mais pas de diagnostics infirmiers, validée partiellement. Ces derniers sont présents dans la tête des infirmières mais ne sont pas posés officiellement dans le dossier du patient.

10.2. ANALYSE DE LA SECONDE HYPOTHESE

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 qui modifie la perception de la situation et ainsi influe sur le comportement.

Comme expliqué plus haut, je réponds à cette hypothèse avec Isis. Pour permettre une compréhension de l'analyse, je commencerai par présenter les points-clés qui sont ressortis dans les entretiens d'Isis. Ensuite, je mettrai en relief mes points saillants et, pour finir, nous ferons des liens dans le but de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse.

Je tiens à préciser qu'au sein de l'échantillon d'Isis, une enquêtée a été hospitalisée, mais son témoignage a quand même été utilisé car il ne modifiait pas fondamentalement les résultats de l'analyse.

Les réponses sont mitigées. Il y a des « non » catégoriques et les autres soignantes pensent que le fait de « passer de l'autre côté » permettrait d'avoir une autre vision de leur pratique et disent qu'elle modifierait cette dernière. Un autre point relevé est que l'enquêtée qui a été hospitalisée dit avoir changé sa pratique actuelle. Certaines pensent que l'on devient réceptif dès que le patient affirme qu'il va vivre sa première opération. En sachant cela, le point saillant est que les infirmières passeraient plus de temps avec ce bénéficiaire de soins, dans le but de répondre au mieux à ses besoins.

Certaines infirmières, si elles devaient être opérées, aimeraient que les soignants fassent une différence, comme par exemple, d'être intégrées au mieux dans le service, d'être bien informées ainsi que de recevoir les explications qui sont importantes pour la suite de leur séjour.

Quant à l'impact d'une première opération sur les suivantes, la plupart des infirmières pensent que cela fera une différence. Elles disent que si la première opération est mal vécue, cela aura

une influence sur les suivantes. Les infirmières pensent que si la personne a déjà été en contact avec le milieu hospitalier, elle pourra appréhender son hospitalisation de manière plus sereine. Une infirmière ne se prononce pas, répond qu'elle ne sait pas.

Les éléments que j'ai pu ressortir par rapport à la modification de la prise en charge c'est que les réponses sont mitigées. Deux infirmières pensent que rien n'a changé car une d'entre elle a reçu une mauvaise prise en charge et n'a donc rien modifié car elle dit avoir une pratique de qualité. Une autre a été hospitalisée dans le service où elle travaillait, la prise en charge qu'elle a reçue était très bonne, donc elle n'a fait aucune modification.

Les autres disent être plus attentives et affirment que, si elles n'avaient pas été opérées, elles n'auraient rien changé. D'autres avouent vouloir modifier leur prise en charge, mais parfois elles manquent de temps pour pouvoir faire comme elles le souhaiteraient.

Quant à la modification de la réceptivité émotionnelle, la plupart disent qu'elles sont plus réceptives, mais une d'entre elle ne l'est pas grâce à sa propre expérience, mais parce qu'elle a vécu, avec un proche, une situation difficile et que maintenant elle modifie sa prise en charge. Une infirmière dit être plus « dure » car elle a vécu une opération et dit savoir ce qui fait mal et ce qui fait moins mal.

Pour terminer, lorsque je leur ai demandé l'influence d'une première opération sur les suivantes, toutes sont d'accord sur le fait que la première intervention modifie la vision de la suivante. Elles ressortent l'importance de l'accueil, que s'il se déroule bien le patient sera plus à l'aise pour la suite de son hospitalisation et donc accueillera la prochaine opération avec plus de sérénité.

Concernant la modification de la prise en charge si l'enquêtée avait été hospitalisée, nous pouvons remarquer que les réponses sont mitigées. En effet, dans mon échantillon, peu d'infirmières disent faire une différence dans leur prise en charge, en lien avec le vécu d'une opération. Toutefois, sur la totalité de notre échantillon, nous constatons que la majorité des infirmières modifient ou imaginent que leur prise en charge est ou serait différente suivant leur vécu.

Toutes les infirmières disent être plus réceptives lorsqu'un patient est amené à vivre sa première opération. Cependant, au sein des enquêtées qui ont déjà été opérées, deux commencent par affirmer qu'elles ne sont pas plus réceptives et au final, disent être plus attentives aux besoins de leur patient. Dans les personnes qu'Isis a interrogées, elle a constaté qu'une infirmière n'imaginait pas que son vécu puisse avoir une influence sur sa pratique quotidienne. Une différence que nous avons pu soulever entre nos deux échantillons est le fait que, les infirmières qui ont déjà été opérées, mentionnent à plusieurs reprises l'attention qu'elles portent à la douleur. Ce fait n'est pas apparu lors des entretiens d'Isis. Un point que nous tenons à relever est le manque de temps qui a été exprimé par les infirmières et ce, dans la totalité de l'échantillon. Cet aspect sera traité dans le chapitre de la discussion.

À l'unanimité, les infirmières disent qu'une première opération est importante car les premières expériences sont marquantes et peuvent avoir une influence sur la manière de vivre l'hospitalisation suivante.

Pour conclure, ces données démontrent que l'hypothèse est à notre avis confirmée, car la prise en charge des deux échantillons est différente.

10.3. REPONSE A LA QUESTION CENTRALE DE LA RECHERCHE

La question centrale est la suivante :

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 ?

Etant donné qu'elle comporte deux questions, j'y répondrai en deux temps. Pour répondre à la deuxième question, comme elle est liée avec la partie de la recherche d'Isis, je me servirai des résultats de la synthèse de la seconde hypothèse.

Voici donc la réponse à la première question de la recherche. Au regard des informations obtenues ainsi que de l'analyse des résultats de mes entretiens semi-directif. Je vais différencier mes réponses : premièrement, j'expliquerai quels étaient les actions spécifiques que nous avons imaginées, puis je développerai celles obtenues par les infirmières.

Lorsque nous avons posé notre question de recherche, nous imaginions que l'infirmière était au courant, que le patient allait vivre sa première opération et qu'il y avait donc automatiquement des actions spécifiques. Cependant, comme nous le décrivons plus tard, ce n'est pas le cas.

Ensuite, nous avons pensé qu'il existait une sorte de protocole ou plutôt de guideline, du genre du protocole opératoire qu'il y a pour certaines opérations, mais dédié uniquement à l'accueil. Sur le terrain, aucun protocole formel n'a été identifié et la plupart des infirmières n'ont pas une vision positive de cet outil. Elles le perçoivent comme réducteur de l'autonomie. J'avoue que je voyais aussi cet effet possible, mais en réfléchissant, je me suis dit qu'il pourrait au contraire, permettre à l'infirmière d'être plus autonome dans le sens où elle poserait ses actions, saurait ce qu'il y a à faire à quel moment et de ce fait, pourrait diminuer une partie de son stress.

Pour terminer, nous avons imaginé qu'il existait un diagnostic infirmier spécifique à l'accueil. Certes nous ne l'avons pas trouvé dans le livre des diagnostics¹⁵⁸, mais nous avons

¹⁵⁸ DOENGES et MOORHOUSE. *Diagnostics infirmiers, interventions et bases rationnelles*. Montréal. Editions Du Renouveau Pédagogique Inc. 2001. Nombre de pages 1280.

pensé que sur le terrain, elles utiliseraient l'un ou l'autre diagnostic selon l'état du patient à son arrivée.

Pour un des deux services, l'utilisation formelle des diagnostics infirmiers va commencer à faire son apparition durant le cours de cette année selon les dires de l'ICUS. Cependant, dans l'autre service il n'était pas du tout utilisé, du moins formellement. Comme cité précédemment, les soignantes travaillent avec des objectifs de soins plutôt qu'avec les diagnostics en eux-mêmes. Je dois dire je ne pense pas que ce fait diminue pour autant la qualité de leurs soins : les objectifs posés sont ciblés et individuels au patient. De ces derniers découlent les interventions et pour terminer il y a l'évaluation des objectifs et des résultats obtenus.

Maintenant, je vais parler des outils que j'ai pu faire ressortir grâce aux dires des infirmières et auxquels, en toute sincérité, je n'avais pas forcément pensé.

Tout d'abord, l'importance accordée à la communication. J'ai pu remarquer que les infirmières possédaient quasiment toutes le même fil rouge et faisaient preuve d'une certaine unicité dans la conduite de l'accueil même sans l'existence d'un protocole formel : elles se présentent, elles lui montrent la chambre, les infirmières expliquent ensuite le fonctionnement du service et donnent un bref aperçu de la suite des événements. Il est évident que la communication fait partie intégrante du soin et représente dans la phase initiale de l'accueil, le pivot principal, mais je n'avais pas pensé qu'elle serait utilisée comme outil à proprement dit.

J'ai donc pu observer une construction informelle de l'accueil. Certaines questions me viennent alors à l'esprit. Ont-elles conscience qu'elles pratiquent quasiment toutes de la même manière et que leurs objectifs liés à l'accueil sont communs ? Ont-elles déjà discuté au sein de l'équipe pour identifier si toutes avaient les mêmes attitudes durant l'accueil d'un patient opéré pour la première fois ?

Ces interrogations restent en suspens et pourraient faire l'œuvre d'un nouveau mémoire. L'aspect de la communication professionnelle qui émerge dans cette première partie de réponse est traité en commun avec Isis dans le paragraphe suivant.

Pour cette deuxième partie de réponse, j'ai joint mes résultats à ceux d'Isis. 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 »¹⁵⁹ ;

- s'interroger sur ses motivations, sur son but¹⁶⁰. Dans la méthode des entretiens, nous ne pouvons nous que nous fier aux dires des infirmières nous n'avons pas observé 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 comprendre¹⁶¹. 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 interrogée par Isis 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 redondance¹⁶² et le feedback¹⁶³. 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 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 interrogées par Isis 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 par les soignantes que j'ai interrogées, la majorité dit avoir modifié leur pratique et être plus attentives aux besoins du patient : effectivement elles ont amélioré leur pratique en fonction des éléments qu'elles ont trouvé insatisfaisant lors de leur hospitalisation.

¹⁵⁹ AMAR B. et GUEGUEN J-P. *Concepts et théories démarches de soins infirmiers*. Editions Masson. Nouveaux cahiers de l'infirmière. Tome 1. 2007. Chapitre 11. Nombre de pages 243 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.

¹⁶⁰ Ibid, p.85.

¹⁶¹ Ibid, p.85.

¹⁶² Ibid, p.85 : « Répétition d'un message, sous la même forme ou sous une forme différente ».

¹⁶³ Ibid, p.85 : « L'information en retour devra toujours être sollicitée chez l'infirmière, même chez une personne qui ne peut s'exprimer oralement. ».

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 données¹⁶⁴, 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. Isis a commencé par relever les éléments significatifs des entretiens en relation avec les différentes questions. Puis elle a fait une analyse descriptive, elle a mis en relation les données des enquêtées avec les concepts, les objectifs ainsi que les hypothèses. Personnellement, pour chaque objectif de recherche, j'ai mis en évidence les thèmes principaux, j'ai ensuite analysé les données recueillies en les mettant en concordance avec les concepts. Chacune de nous a obtenu un résultat adéquat en 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 recherche¹⁶⁵. 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.

¹⁶⁴ Cet aspect sera traité dans le chapitre de la validité externe de la recherche.

¹⁶⁵ Qui figure au chapitre de la « Réponse à la question centrale de recherche ».

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 que j'ai interrogée 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 aussi 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 outils utilisés 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. M. Pillet¹⁶⁶, 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 professionnelles qui n'en ont jamais fait usage auparavant ?

Un élément tout aussi surprenant est venu s'ajouter, lors de nos entretiens, lorsqu'Isis a fait ses entretiens semi-directifs, elle a 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'infirmières 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 patient se trouve être un professionnel de la santé, nous devons d'évaluer ses besoins et d'y répondre afin qu'il vive son opération au mieux.

À ce propos, voyons ce qu'il en est avec les résultats que j'ai obtenus : dans l'échantillon que j'ai interrogé, certaines soignantes avaient été opérées dans le service où elles travaillaient.

¹⁶⁶ Source : Monsieur Jean-François Pillet, directeur des soins infirmiers du CHCVs, cours dispensé à la HES-SO de Sion le 25.05.09.

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 que j'ai interrogées 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, à 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

- Transférer les connaissances théoriques reçues sur la méthodologie en cours afin de les appliquer. Acquérir une maîtrise partielle de ces outils.

Cet objectif est atteint dans le sens où je pense avoir acquis une maîtrise partielle des éléments méthodologiques que nous avons eus en cours. Par exemple, je sais maintenant constituer un échantillon, retranscrire des entretiens, analyser des propos. De plus, j'ai développé certaines compétences supplémentaires quant à l'utilisation de mon ordinateur, mais il m'est aussi arrivé de me perdre dans la chronologie lors de la méthodologie ou de la construction du cadre conceptuel. Au final, j'estime avoir une bonne vue générale de ce que représente une recherche de niveau initial ainsi que ses tenants et aboutissants.

- Evaluer et critiquer ma prise en charge lorsque j'accueille un patient hospitalisé pour la première fois, ceci en relation avec mon expérience de vie.

Cet objectif n'est que projectif et n'est pas applicable immédiatement. Je peux déjà dire que ma position actuelle concernant le patient opéré pour la première fois a été modifiée grâce à cette recherche.

Pour faire le lien avec mon expérience personnelle, je peux dire qu'elle complète cette recherche. Notre travail est porté sur la chirurgie, mais lorsque j'ai vécu ma première hospitalisation en médecine, j'aurais aimé recevoir certaines informations différemment, comme les horaires de la journée, les examens prévus, recevoir plus de chaleur humaine, etc. Je pense donc que grâce à ce Travail de Bachelor, j'ai une vision plus élargie de l'accueil et que je saurai quels éléments mettre en place concrètement lorsque je prendrai en charge un patient hospitalisé ou opéré pour la première fois. Par exemple, j'attacherai de l'importance pour me présenter, de présenter les lieux, mais surtout d'observer le patient afin de ressentir quels sont ses besoins et comment il se sent. J'aimerais aussi le rendre acteur de son hospitalisation en lui exposant concrètement les objectifs de cette dernière.

J'imaginai qu'il était nécessaire de différencier fondamentalement la prise en charge entre un patient vivant sa première opération et un autre. En ayant entendu les expériences des infirmières, je suis maintenant sûre que la prise en charge ne doit pas être autant différente par rapport à un autre patient, mais adaptée aux besoins du bénéficiaire de soins.

- Distinguer puis comprendre comment les représentations personnelles ainsi que les expériences personnelles influent sur la pratique de l'infirmière lorsqu'elle prend en charge un patient hospitalisé pour la première fois en chirurgie.

Nous n'avions, pour finir, pas textuellement traité des représentations des infirmières interrogées. Ce thème est très vaste et complexe, nous n'aurions pas eu le temps de le traiter dans le temps imparti. Cependant, de part les entretiens, j'ai réussi à identifier comment l'expérience personnelle pouvait influencer la pratique. Les infirmières interrogées n'ont évidemment pas toutes développé la même sensibilité dans la situation de l'accueil d'un patient dans leur service. J'ai tout de même pu, grâce aux entretiens d'Isis, faire le parallèle entre les expériences de vie des infirmières ayant déjà vécu une opération et les autres, et ainsi mettre en évidence les modifications de la pratique professionnelles que pouvait engendrer l'expérience personnelle. Comme le fait que les infirmières de mon échantillon ont mis en évidence des éléments supplémentaires, telle que la prise en charge de la douleur.

- Une fois ce Travail de Bachelor terminé, si les résultats sont validés et peuvent être applicables, utiliser les résultats obtenus dans ma pratique.

Cet objectif aussi est projectif et je pense qu'il pourra être atteint car je compte exercer en chirurgie. Les résultats que nous avons obtenus peuvent-être applicables, dans le sens où, grâce à cette recherche de niveau initial, j'ai pu mettre en évidence quelles étaient les actions à mettre en place lors de l'accueil. Avant, lorsque j'accueillais un patient, je n'avais pas une « méthodologie » spécifique, du moins je n'en avais pas pris conscience. Aujourd'hui, je sais que je retiendrai certains des éléments que j'ai mis en évidence durant l'analyse. Comme avoir un fil rouge, utiliser concrètement les outils de la communication et je pense que le fait que ces derniers soient conscients me permettra d'être plus efficiente. En effet, en sachant concrètement ce que j'aurai à faire, je pourrai me concentrer sur les besoins du patient. Je pense aussi que cette aisance s'acquière avec l'expérience du travail.

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. À 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 rencontrions 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 mieux 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

Ce travail m'a permis d'acquérir certaines compétences. En effet, il n'a pas été facile tous les jours de s'asseoir devant l'ordinateur et d'écrire, ou encore d'explorer les moteurs de recherche pour trouver de nouvelles études sur le sujet. J'ai appris à me motiver d'avantage à travailler seule, mais nous avons également réussi à nous motiver mutuellement dans les moments difficiles. J'ai affiné mon sens de l'organisation pour arriver à allier cours, mémoire ainsi que vie personnelle.

Sur le plan méthodologique, la rigueur ainsi que la précision demandée pour chaque phrase, chaque paragraphe, m'a d'abord étonnée. En effet, je ne pensais pas qu'il fallait autant développer, argumenter ce qui était dit. Puis, je m'y suis familiarisée et maintenant, je suis satisfaite de tout le travail qui a été fourni ainsi que de mon implication au sein de ce dernier. Dans l'établissement de cette conclusion, j'ai trouvé important de faire un bilan sur le déroulement de cette recherche. Je pense qu'aujourd'hui, comme je l'ai déjà expliqué, j'ai une approche différente du thème et que mes idées poursuivront encore une maturation d'ici à la soutenance.

12.4. APPORTS PROFESSIONNELS DE LA RECHERCHE

Du point de vue professionnel, il y a différents sujets que je peux mettre en avant.

Tout d'abord, le thème : le milieu de la chirurgie m'a toujours attirée, je sais aujourd'hui que c'est dans cette spécialité que j'aimerais commencer mon activité professionnelle. Cette recherche m'a donc apporté des éléments de réponses quant aux questionnements que j'avais avant de commencer ce travail, par rapport à la communication lors de l'accueil d'un patient. Le fait d'avoir eu l'occasion de mener des entretiens a été très enrichissant. En effet, j'ai été touchée par la manière dont les infirmières se sont livrées et m'on fait part de leur vécu, mais également de leur pratique. Lors de ces derniers, j'ai reçu des réponses concrètes pour la prise en charge lors de l'accueil. Maintenant je me sens mieux préparée à recevoir un patient qui va vivre sa première opération. Je sais que lors de l'accueil, je ciblerai d'avantage sur la communication professionnelle, sur l'information, mais aussi sur l'observation du patient grâce à mes cinq sens. Je pense que c'est avec ces outils, mais aussi avec les bases théoriques reçues durant ma formation que je vais pouvoir offrir des soins de qualité et construire une relation de confiance avec mon patient.

Ensuite, il y a l'apport de la méthodologie. J'ai pu retravailler des concepts qui avaient été étudiés lors de mes études, mais que je n'avais pas concrètement mis en pratique. Par exemple, le concept de résilience avait été vu à l'école, mais j'avais de la difficulté à le comprendre. Maintenant, je différencie la résilience des attitudes dites résilientes. Je tiens cependant à préciser que pour certains concepts comme celui de la communication et de la relation d'aide, je les avais intégrés avant l'établissement de ce travail de recherche. Le fait d'analyser les propos des infirmières interrogées à l'aide de ces cadres m'a permis de mieux en saisir le sens et l'importance, comme pour le concept de soi. Jusqu'alors, j'avais eu la sensation de l'avoir compris. Cependant, en partie grâce à l'analyse, j'ai pu travailler ce concept et ses attributs, j'ai mis des mots sur ce qui me paraissait en partie abstrait avant. Cet élément de compréhension est primordial pour ma pratique car ce sont des concepts qui concernent tout le monde et que je pense utiliser quotidiennement. Mais ce sont aussi des outils supplémentaires que je maîtrise de mieux en mieux.

Grâce à ce travail, j'ai compris, mais aussi intégré le terme de *praticienne réflexive*. Pour moi, cela signifie que la théorie ne représente plus seulement une masse d'informations abstraites, mais que je l'ai assimilée et que j'arrive à l'utiliser dans la pratique. Cela représente aussi pour moi le fait de développer des bases solides pour la construction de mon identité professionnelle.

Ce qui va le plus m'aider pour ma carrière professionnelle, c'est cette capacité à argumenter que j'ai affinée durant ce travail. En effet, chaque mot est pesé, chaque terme est défini et nous savons pourquoi il est placé à tel ou tel endroit. Cette capacité à argumenter, je vais pouvoir l'utiliser dans ma conduite professionnelle de demain afin d'être, à mes yeux, une professionnelle compétente. Dans un temps plus proche, j'utiliserai cette compétence lors de la soutenance de ce mémoire.

Je ne pense pas m'atteler à la réalisation d'un nouveau travail de recherche prochainement et préfère m'exercer à la pratique quelques temps avant de me relancer dans des études.

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 ?

Nous espérons avoir pu répondre à vos questionnements ou à votre curiosité concernant ce thème.

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, 2006. 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 thermes 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 RENÉ, MISSENARD A., KASPI R., ANZIEU D., GUILLAUMIN J., BLEGER J., JAKUES E.. *Crise, rupture et dépassement*. Paris Edition Dunod. 2004. Nombre de pages 324.

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 infirmières approches quantitatives et qualitatives*. Canada Editions du renouveau pédagogique. 2007. Nombre de pages : 591.

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

PHANEUF MARGOT. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Edition 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.

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.html>

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.cmontmorency.qc.ca/~mbelcourt/ethiqueetsoinsinfirmiers.ppt#297,17,Autonomie>

Consulté le 17.11.08

Définition de la SUVA

www.suva.ch

Consulté le 10.12.08

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

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

Formateur-trice HES

(a pris connaissance)

Résultat ² :		
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	
<input type="checkbox"/> FX	<input type="checkbox"/> F	

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 Evalue 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 22.12.08

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

Réalisé par Erné Karine et Van de Maele Isis, 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 :

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

Adresse mail : karine_erne@yahoo.fr

Numéro de téléphone : 078.732.26.02

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

Adresse mail : isisvdm@hotmail.com

Numéro de téléphone : 079.675.64.70

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

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> <p>- Sont-ils formels ou informels ?</p> <p>- Sont-ils utilisés par toute l'équipe ?</p> <p>- Sinon, sont-elles données de manières informelles ?</p> <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>

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> <p>- Sont-ils formels ou informels ?</p> <p>- Sont-ils utilisés par toute l'équipe ?</p> <p>- Sinon, sont-elles données de manières informelles ?</p> <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>

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

Mené par Erné Karine et Van de Maele Isis 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 :

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

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

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

Annexe : information destinée aux personnes participant à l'étude

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

Annexe n° VIII Grille d'analyse des entretiens - Infirmier (-ères) opérées -1-

Questions	Inf. 1, service 1	Inf. 2, service 1	Inf. 3, service 1	Inf. 4	Concepts
Spécificités	Femme, interrompue 1x	Femme, interrompue 1x	Femme, présence de l'ICUS dans la même pièce	Femme, ICUS à nouveau présente. Pas d'interventions externes	
Pouvez-vous m'expliquer comment vous organisez l'accueil (relation) d'un patient qui rentre dans votre service pour une opération ?					
Quels moyens avez-vous pour savoir si un patient est opéré/hospitalisé pour la première fois ?					
A votre avis est-ce important de le savoir ?					

Grille d'analyse des entretiens - Infirmier (-ères) opérées -2-

Questions	Inf. 1	Inf. 2	Inf. 3	Inf. 4	Concepts
Vous pensez que c'est nécessaire de différencier la prise en charge si c'est la première fois?					
Si c'est la première hospitalisation, est-ce que ce fait à une influence dans l'adaptation de votre prise en charge au niveau de la communication?					
Pouvez-vous me décrire les différences que vous faites dans la pratique si c'est la première opération?					

Grille d'analyse des entretiens - Infirmier (-ères) opérées -3-

Questions	Inf. 1	Inf. 2	Inf. 3	Inf. 4	Concepts
Le patient a-t-il des besoins ou des demandes plus spécifiques qu'un autre patient?					
Quels moyens relationnels vous mettez en place pour répondre à ces besoins spécifiques?					
Avez-vous connaissance de guide tel 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 ?					

Grille d'analyse des entretiens - Infirmier (-ères) opérées -4-

Questions	Inf. 1	Inf. 2	Inf. 3	Inf. 4	Concepts
Ces outils sont-ils formels? Utilisés par tout le monde?					
Comment imagineriez-vous la construction d'un protocole lors de la première hospitalisation?					
Vous pensez que ce serait nécessaire d'avoir ces protocoles?					

Grille d'analyse des entretiens - Infirmier (-ères) opérées -5-

Questions	Inf. 1	Inf. 2	Inf. 3	Inf. 4	Concepts
Existe-t-il un ou plusieurs outils que vous utilisez de manière formelle pour vous adapter à cette situation de soins lors d'une première hospitalisation dans votre service?					
Utilisez-vous des diagnostics infirmiers spécifiques pour adapter votre prise en charge à un patient ?					
Avez-vous déjà subi une opération programmée /hospitalisation, sans compter l'accouchement?					

Grille d'analyse des entretiens - Infirmier (-ères) opérées -6-

Questions	Inf. 1	Inf. 2	Inf. 3	Inf. 4	Concepts
Est-ce que vous pensez que cette expérience a modifié votre prise en charge actuelle?					
Est-ce que vous pensez que cette expérience vous a permis d'être plus réceptive émotionnellement à certains besoins?					
Pensez-vous qu'une première hospitalisation / opération peut permettre d'avoir une influence pour s'adapter aux suivantes ?					

Grille d'analyse des entretiens - Infirmier (-ères) opérées -1-

Questions	Inf. 5	Inf. 6	Inf. 7	Inf. 8	Concepts
Spécificités	Femme, n'avait pas compris la question de départ	Femme, française.	Homme, pas interrompus.	Femme, langue étrangère	
Pouvez-vous m'expliquer comment vous organisez l'accueil (relation) d'un patient qui rentre dans votre service pour une opération ?					
Quels moyens avez-vous pour savoir si un patient est opéré/hospitalisé pour la première fois ?					
A votre avis est-ce important de le savoir ?					

Grille d'analyse des entretiens - Infirmier (-ères) opérées -2-

Questions	Inf. 5	Inf. 6	Inf. 7	Inf. 8	Concepts
Vous pensez que c'est nécessaire de différencier la prise en charge si c'est la première fois?					
Si c'est la première hospitalisation, est-ce que ce fait à une influence dans l'adaptation de votre prise en charge au niveau de la communication?					
Pouvez-vous me décrire les différences que vous faites dans votre pratique si l'opération est la première ?					

Grille d'analyse des entretiens - Infirmier (-ères) opérées -3-

Questions	Inf. 5	Inf. 6	Inf. 7	Inf. 8	Concepts
Le patient a-t-il des besoins ou des demandes plus spécifiques qu'un autre patient?					
Quels moyens relationnels vous mettez en place pour répondre à ces besoins spécifiques?					
Avez-vous connaissance de guide tel 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 ?					

Grille d'analyse des entretiens - Infirmier (-ères) opérées -4-

Questions	Inf. 5	Inf. 6	Inf. 7	Inf. 8	Concepts
Ces outils sont-ils formels? Utilisés par tout le monde?					
Comment imagineriez-vous la construction d'un protocole lors de la première hospitalisation?					
Vous pensez que ce serait nécessaire d'avoir ces protocoles?					

Grille d'analyse des entretiens - Infirmier (-ères) opérées -5-

Questions	Inf. 5	Inf. 6	Inf. 7	Inf. 8	Concepts
Existe-t-il un ou plusieurs outils que vous utilisez de manière formelle pour vous adapter à cette situation de soins lors d'une première hospitalisation dans votre service?					
Utilisez-vous des diagnostics infirmiers spécifiques pour adapter votre prise en charge à un patient?					
Avez-vous déjà subi une opération /hospitalisation, sans compter l'accouchement?					

Grille d'analyse des entretiens - Infirmier (-ères) opérées -6-

Questions	Inf. 5	Inf. 6	Inf. 7	Inf. 8	Concepts
Est-ce que vous pensez que cette expérience a modifié votre prise en charge actuelle?					
Est-ce que vous pensez que cette expérience vous a permis d'être plus réceptive émotionnellement à certains besoins?					
Pensez-vous qu'une première hospitalisation / opération peut permettre d'avoir une influence pour s'adapter aux suivantes?					

