



Institut de formation en soins Infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux 32033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

L'influence de la temporalité sur la relation soignant-soigné en ambulatoire

Dréano Laura
Formation infirmière
Promotion 2017-2020



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Préfet de la région BRETAGNE

**DIRECTION RÉGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'État de Soins infirmiers

Travaux de fin d'études : L'influence de la temporalité sur la relation soignant-soigné en ambulatoire

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'État de soins infirmiers, est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 24 Mars 2020

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :
CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1- : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'État constitue un délit.

Sommaire

Introduction	1
1. <u>Les situations</u>	1
2. <u>Questionnements</u>	3
Cadre théorique	5
1. <u>L'ambulatoire</u>	5
1.1. Définition et histoire	5
1.2. Le fonctionnement de l'ambulatoire, ses grands principes, son cadre	5
2. <u>La temporalité</u>	7
2.1. Définition	7
2.2. Le temps à l'hôpital	8
2.2.1. Le temps ressenti par le patient	8
2.2.2. Le temps ressenti par le soignant	8
2.2.3. Le prix du temps à l'hôpital	9
3. <u>La relation soignant-soigné</u>	9
3.1. Définition	9
3.2. Les composantes et la mise en place de la relation soignant-soigné	10
3.3. Un modèle à questionner	11
Le dispositif méthodologique	13
Analyses	14
1. <u>Analyse descriptive</u>	14
1.1. L'ambulatoire	14
1.2. La temporalité	15
1.3. La relation soignant-soigné	16
1.4. Déroulé et limites des entretiens.....	17
2. <u>Analyse interprétative</u>	19
2.1. L'ambulatoire.....	19
2.1.1. Particularités et définition	19
2.1.2. Les moments de la prise en soin	19
2.2. La temporalité	20
2.2.1. Le temps ressenti par le patient	20
2.2.2. Le temps ressenti par le soignant	21
2.2.3. Le prix du temps à l'hôpital	21
2.3. La relation soignant-soigné	21
Discussion	23
1. <u>Le temps influence la prise en soin en ambulatoire</u>	23
2. <u>Le temps : une notion variable selon les individus</u>	24
3. <u>Il n'y a pas de moment unique pour créer la relation de soin</u>	25
4. <u>Le patient au centre de la prise en soin</u>	26
Conclusion	28
Bibliographie	
Annexes	
Abstract / Résumé	

Remerciements

Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, je souhaitais tout d'abord remercier l'équipe pédagogique de l'IFSI de Pontchaillou, notamment madame Séverine Ducloyer, pour m'avoir aidée et conseillée tout au long du processus d'écriture, ainsi que madame Françoise Esnault qui m'a permis de commencer au mieux mes recherches sur mon sujet. Je tiens aussi à remercier madame Patricia Daucé pour ses cours de qualité concernant le MIRSI.

Je remercie les deux infirmiers que j'ai interrogés d'avoir donné de leurs temps pour répondre à mes questions, et d'avoir partagé avec moi leur vision du rôle infirmier en ambulatoire.

Je remercie également ma mère et Christophe. Grâce à eux, mon mémoire possède des conjugaisons correctes et des s pour marquer le pluriel. Je les remercie pour le temps de lecture qu'ils y ont consacré.

Je remercie mes amies d'avoir été à l'écoute de toutes mes questions, et d'avoir répondu à n'importe quelle heure de la journée. En plus, nous nous sommes bien amusées !

Je remercie Raphaël d'avoir été présent durant cette période particulière.

Introduction

Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, j'ai pu observer des sujets et des situations qui m'ont conduite à me questionner, notamment lors de mes différents stages. J'ai rapidement pensé à mon stage de semestre 3 en chirurgie ambulatoire. Lors de celui-ci, j'ai pu découvrir une nouvelle manière de prendre en soins un patient. J'ai ainsi découvert beaucoup de nouvelles pratiques qui m'ont amenée à me questionner sur cette prise en charge si particulière qu'est l'ambulatoire. En outre, c'est un sujet d'actualité. En effet, le nombre de prises en charge de patients en ambulatoire ne fait qu'augmenter. Il est maintenant au centre des enjeux de la médecine moderne. Deux situations m'ont permis de développer mon questionnement :

1. Les Situations

La première situation est la suivante :

Lors de l'une de mes premières semaines de stage en chirurgie ambulatoire, je devais prendre en charge deux patients.

L'un d'entre eux venait de remonter du bloc en début d'après-midi, suite à une intervention orthopédique du membre supérieur sous anesthésie locorégionale. Je passe alors faire mon second tour des surveillances. Le bras du patient est encore anesthésié. Il a une absence de sensibilité et de mobilité. Il semble inquiet : Comment allait-il faire, une fois chez lui, pour être autonome ? Dans combien de temps allait-il retrouver la mobilité et la sensibilité de son bras ? Je lui explique donc que cela dépend des personnes, mais que cela n'est pas inquiétant à ce stade. Il n'a pas l'air vraiment rassuré par ma réponse. Il commence à me parler de son mode de vie, de son entourage, de sa femme qui va venir le chercher et qui pourra l'aider dans la soirée, le temps qu'il retrouve un peu de mobilité. Il parle de sa situation professionnelle. Je l'écoute et pose des questions car je sens que cela lui fait du bien de parler. Il se détend et rit même un peu. Je ne sais pas combien de temps j'ai passé dans la chambre de ce patient. Peut-être quinze minutes. Je ressors satisfaite de mon soin. Plus tard, lors d'une discussion avec un soignant, on me dira que je ne suis pas assez rapide et que je passe trop de temps dans la chambre. En effet, je ne m'occupe de la prise en charge que de deux patients ; avec un secteur entier, je ne pourrais pas me permettre cela, car je ne parviendrais pas à m'organiser.

Je comprends la remarque et me dis que lors de mes prochains soins, je tenterai d'être plus rapide. Je me dis qu'en prévoyant mieux mon soin et en anticipant les besoins, je gagnerai du temps. De plus, en connaissant mieux les interventions, leurs buts, et la prise en charge du patient, je pourrai être plus efficace dans mes explications et donc plus rapide pour répondre à leurs attentes. Cela permettra probablement de les rassurer. Je me demande à quel point je dois m'investir dans l'écoute du patient, car même si je réponds aux questions théoriques, je peux passer à côté d'une angoisse ou d'une question plus personnelle.

Enfin, la seconde situation :

Vers la fin de mon stage en chirurgie ambulatoire, et suite aux remarques des soignants de proximité qui m'encadraient, je tente de réajuster mon positionnement vis-à-vis de la temporalité de la prise en charge des patients.

La sortie du patient doit être considérée comme un soin. En effet, c'est un moment extrêmement important dans la prise en charge en chirurgie ambulatoire. C'est pendant ce laps de temps que le patient va pouvoir poser des questions et être rassuré par rapport à sa sortie qui peut être une source d'anxiété. Même si la majorité des patients se montrent motivés par une sortie le jour même, il semble que de ne pas être suivi pendant les jours qui suivent l'opération, ainsi que la réalisation des soins à domicile, peut être compliqué à gérer par les patients. C'est donc lors d'un entretien avec l'IDE, que les papiers de sortie et les derniers conseils vont être prodigués. Les papiers donnés sont généralement :

- Le compte rendu opératoire
- L'arrêt de travail / bulletin de présence
- Les ordonnances
- Les consignes de sortie

La sortie du patient se réalise la plupart du temps en salle de consultation. Mais lorsque le service était surchargé, cela pouvait être réalisé au secrétariat. Toutefois, il semble évident que d'être assise seule dans une pièce avec le patient représente une condition favorable à l'échange et donc à la qualité de la sortie du patient.

Lors des premières sorties que je réalise en chirurgie ambulatoire, un IDE m'accompagne. Je suis désorganisée et je n'ai pas l'air sûre de moi. Je passe d'un document à l'autre sans lien, je reviens en arrière. Face à cela, le patient me coupe et me pose des questions alors que je parle d'autre chose. Je me sens encore plus déstabilisée lorsque le soignant qui m'accompagne, me coupe pour ajouter des informations ou même me dire que je ne réponds pas à la question précisément. De plus, je suis de nature assez expressive, et mon stress se voit très vite. Or un patient qui se rend compte que le soignant est stressé, peut être stressé à son tour. Je décide de continuer l'observation des sorties, pour continuer à apprendre les subtilités et les nouvelles informations que peuvent m'apporter les différentes situations. J'essaie de me créer une organisation commune à toutes les interventions afin d'avoir un fil rouge qui m'empêche de me perdre. De plus, je me force à poser ma voix quand je parle aux patients. En effet, j'ai tendance à parler très vite, ce qui peut être un obstacle pour transmettre des informations. Parler vite peut être aussi interprété comme du stress. Le fait de bien connaître le déroulé de l'entretien et d'anticiper les questions que peuvent poser les patients, me permet de mieux gérer mon stress et de m'améliorer. Lors de mes derniers entretiens, je me sentais à l'aise, car je connaissais mon rôle et les attentes des patients. L'un d'eux m'a dit le dernier jour : « Vous expliquez très bien, c'est très clair ».

2. Questionnement

Mon stage en chirurgie ambulatoire a été assez frustrant pour moi d'un point de vue relationnel. A mon niveau de la formation (semestre 3), j'ai n'ai pas l'impression d'avoir réussi à créer une vraie relation de soin et de confiance avec les patients que j'ai pris en charge durant ces sept semaines de stage, notamment à cause de la durée de la prise en charge en ambulatoire qui est très courte.

Je me demande donc comment la relation soignant-soigné peut être mise en place dans une durée si courte. Mais, également, si cette relation est liée au temps et, donc, quel est l'impact du temps sur la relation soignant-soigné. De plus, je me suis demandé en quoi la relation soignant-soigné, voire la relation de confiance, participent au « prendre soin » ? Ont-elles la même fonction que dans un service d'hospitalisation dit traditionnel ?

J'ai donc élaboré une question de départ pour ma recherche, qui me permettra de répondre à mes questionnements grâce à des recherches théoriques et à des témoignages de professionnels. Cette question est :

Dans quelle mesure, la temporalité peut-elle influencer la relation soignant-soigné dans la prise en soin infirmière en ambulatoire

Cadre théorique

1. L'ambulatoire

1.1. Définition et histoire

D'après le périodique Soins N°795, dans le dossier sur La chirurgie ambulatoire, « La chirurgie ambulatoire se définit d'abord par un rapport au temps : une hospitalisation de moins de douze heures, sans hébergement de nuit. Ceci impose deux contraintes fortes : un temps clos et une limitation de moyens » (Pages 47-48). Le périodique Interbloc N°1 Tome XXVII mars 2018 nous donne également une définition de la chirurgie ambulatoire :

« Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire » (Page 26). Dans le périodique Interbloc tome XXXIII N°4 octobre décembre 2014, May Karam (IBOD) résume assez simplement l'ambulatoire ; elle dit que c'est une « non hospitalisation » (Page 235).

La création de la chirurgie ambulatoire date des années 1970. Elle répond aux besoins de différents acteurs : ceux « des patients désireux d'être immobilisés le moins possible dans un établissement hospitalier, ceux des chirurgiens souhaitant s'affranchir le plus possible de la rigidité d'une hospitalisation conventionnelle, et enfin ceux des organismes payeurs pour qui une hospitalisation ambulatoire est, pour une même intervention, beaucoup moins coûteuse qu'une hospitalisation conventionnelle. » (Page 26, 2018) En France, la chirurgie ambulatoire s'est développée assez lentement. Aujourd'hui, cela semble être pourtant « une évolution incontournable de la chirurgie (...) » (Page 26, 2018). En effet, en 2014 déjà, 42,3% des interventions chirurgicales étaient réalisées en ambulatoire, et ce chiffre était en progression. (Page 242, 2014)

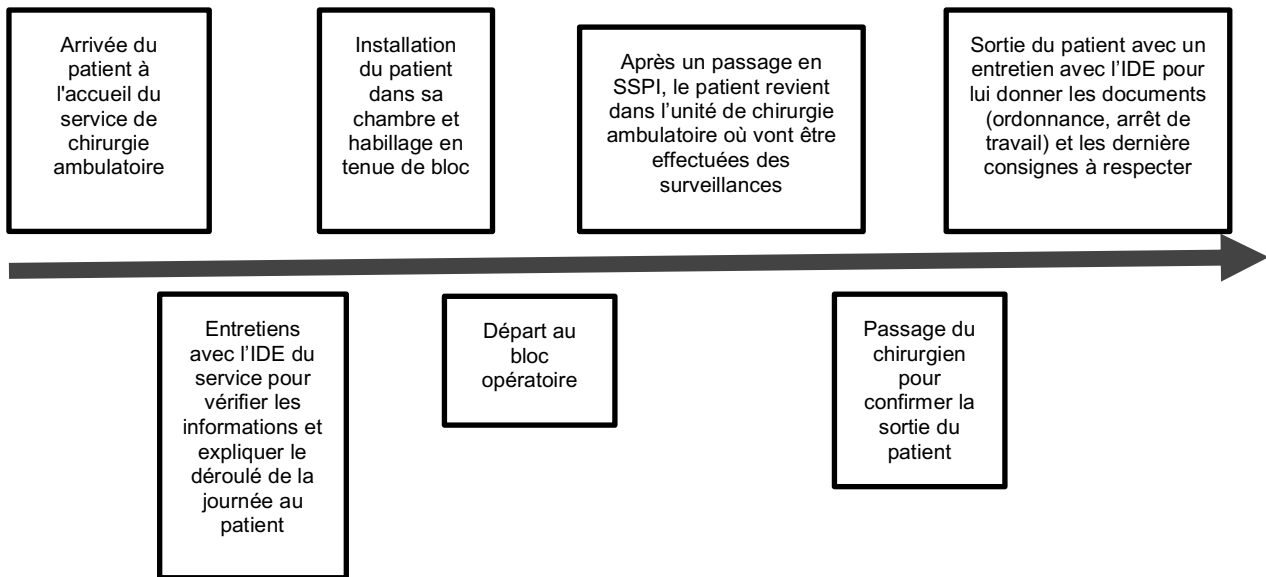
C'est un service où l'organisation est primordiale, et où l'anticipation est de mise en raison de la rapidité de la prise en soins. (Page 27) Il est donc important de connaître le fonctionnement d'un service d'ambulatoire afin d'en saisir les enjeux.

1.2. Le fonctionnement de l'ambulatoire, ses grands principes, son cadre

Tout d'abord, il est primordial de centrer l'organisation sur le patient, car c'est sa satisfaction qui va être le principal indicateur de la qualité du soin. (Page 243, 2014) Cette satisfaction sera possible grâce à une « communication positive entre les professionnels de santé », mais aussi grâce aux qualités et capacités des soignants dans la communication et l'écoute des besoins du patient et de son entourage. L'empathie semble donc indispensable. (Page 242, 2014). La législation impose un IDE pour cinq patients présents. L'IDE doit être capable de prendre en charge les émotions du patient, notamment le stress dû à l'intervention, en mettant en place une relation d'aide personnalisée.

En chirurgie ambulatoire, la journée s'articule autour de moments-clés. Tout d'abord, l'accueil : « La journée débute, au centre de chirurgie ambulatoire, par la vérification que toutes les consignes ont été bien respectées par le patient. Celui-ci revêt ensuite une tenue de bloc conforme. » (Page 27). C'est un moment important qui va permettre de rassurer le patient en lui expliquant le déroulé de la journée et de repérer des craintes ou des problèmes éventuels. (A.Débris Page 20, 2014) Le patient va ensuite attendre dans une chambre, souvent partagée, que les brancardiers viennent le chercher pour l'amener au bloc opératoire. Après son opération, il revient dans sa chambre dans le service de chirurgie ambulatoire. Les IDE vont ensuite réaliser des surveillances. « Lorsque les constantes réveillées sont stables, il retourne dans le centre de chirurgie ambulatoire. Ses constantes sont surveillées, le traitement antalgique est adapté. Une légère collation est donnée au patient. Le personnel du centre vérifie que la miction est possible et aide au premier lever. Les pansements sont vérifiés. » (Page 27) Ces moments de surveillance peuvent être propices pour entrer en relation avec le patient. Une fois que le chirurgien a donné son accord pour la sortie du patient, l'IDE procède alors à celle-ci. « Il s'agit d'informer le patient (et l'accompagnement) sur les suites opératoires ainsi que sur la prise en charge de la douleur, de s'assurer qu'il a intégré ces informations en évaluant ses connaissances, et de réajuster si besoin. » (A. Debris, Page 22, 2014). C'est ainsi que se termine cette journée pour le patient, qui dure en moyenne de huit à dix heures.

Au vu de ces informations, j'ai pu créer une frise pour permettre une meilleure visualisation des temps de la prise en charge du patient.



Avec ces informations, le temps semble jouer un rôle essentiel dans cette prise en charge si particulière qu'est l'ambulatoire. C'est un « facteur indispensable d'efficacité ». (Page 27)

Il me semble donc important de comprendre cette notion de temps, et plus particulièrement celle de la temporalité.

2. La temporalité

2.1. Définition

La définition de la temporalité donnée par le Larousse est « Caractère de ce qui se déroule dans le temps ». Toujours dans le Larousse, le temps est défini comme « Mouvement ininterrompu par lequel le présent devient le passé, considéré souvent comme une force agissant sur le monde, sur les êtres. », mais également comme « Partie limitée de cette durée occupée par un événement, une action. ». Alain de Broca, dans son ouvrage *Soigner au rythme du patient*, donne une définition du temps. Pour lui, c'est « une donnée physique, calculable, quantifiable. C'est aussi le temps cyclique du jour et de la nuit, du rythme des saisons. Chacun d'entre nous peut se représenter ce temps qui défile. » (Page 47, 2016) On comprend, grâce à cette définition, que le temps serait une notion qui nous atteint tous de manière singulière. Cette idée est reprise dans la revue « L'aide-soignante » de mai 2010 dans un dossier portant sur La temporalité à l'hôpital. Il y est dit que « le temps n'est pas seulement une mesure objective des minutes qui passent, c'est une perception propre à chacun et variable. » (Page 14, 2012) Cela signifie qu'en fonction de notre état et de notre vécu, le temps va paraître différent à chacun. Cette dimension du temps

permet de nous demander s'il s'écoule différemment pour les différents usagers du milieu hospitalier.

2.2. Le temps à l'hôpital

2.2.1. Le temps ressenti par le patient

Même si nous le ressentons tous, le temps n'est pourtant pas une notion commune à chacun. Comme expliqué précédemment, c'est une notion intime qui change en fonction de la personne et de son vécu. A l'hôpital, le temps est bouleversé. L'article La temporalité à l'hôpital nous explique que « les patients doivent s'habituer à un rythme différent et trouver de nouveaux repères. Certains sont impatients, d'autres se trouvent bousculés, et les familles sont souvent pressées (...) Dans un même service hospitalier, les patients ne vivent pas tous à un rythme identique. Il existe tout d'abord, évidemment, le rythme de chacun, dans son état naturel : le temps personnel » (Page 12, 2012). Le ressenti du temps du patient va donc influencer sur son ressenti par rapport à sa prise en soins. Des facteurs comme le stress et l'inquiétude de l'attente, lorsque le patient juge que la prise en soins n'est pas assez rapide, peuvent créer chez lui une frustration. Il va donc apparaître des personnes « toujours pressées, qui trouvent que rien ne va suffisamment vite. » (Page 12, 2012) En outre, ces facteurs influent différemment sur les individus en fonction de leur passé et de leur apprentissage face à la frustration. Le degré d'exigence d'un patient vis-à-vis du soin va donc varier en fonction de sa perception du temps et de sa manière de le gérer ou de le ressentir.

2.2.2. Le temps ressenti par le soignant

Pour les IDE, le temps est un facteur essentiel dans l'organisation et la prise en soins des patients. « Les soignants doivent effectuer les soins dans une plage horaire donnée, tout en accordant du temps à chacun des patients, aux proches et aux collègues. A l'inverse des patients, les soignants ont souvent l'impression de manquer de temps. » (Page 12) Et lorsque le temps vient vraiment à manquer, l'IDE va s'adapter à cette restriction en modifiant son mode organisationnel. Cette relation entre temps et soins est exploitée par Alain De Broca. Il écrit : « Afin de s'ajuster à chaque patient à chaque moment, il s'agit de comprendre que le temps structure le soin, et le soin structure le temps en retour. » (Page 81) Il y a donc une relation de dépendance entre le temps et le soin, qui permet au soignant d'organiser sa prise en soins d'un patient.

Avec l'évolution du mode de la prise en soins des patients à l'hôpital, notamment avec l'ambulatoire, le temps est une variante omniprésente qui influe sur le travail de l'IDE.

2.2.3. Le prix du temps à l'hôpital

« Actuellement, plus que jamais, le temps représente de l'argent. Or les structures de soins ne sont pas en dehors de ce système économique. Tous les soignants sont poussés à parer au plus pressé. » (Page 13, 2012) Cette constatation nous est donnée dans l'article La temporalité à l'hôpital. Le fait que la rentabilité soit liée au temps dans les établissements de soins, a une répercussion sur la prise en soins du patient. Le temps va être un objectif pour le soignant. Il va donc naître une pression temporelle dans un but d'efficacité. (Page 27) De plus, d'après A. de Broca, la modification de notre relation au temps, due à la création et à l'avancée de la technologie, nous pousse à tout vouloir toujours plus vite. Cela peut « remettre en cause les notions de temps et d'espace, les relations, les valeurs de l'humanisme » (Page 61, 2106). L'attente peut être vécue par le patient comme une « injustice ou une agression. » (Page 61, 2016) Mais à l'opposé de cette attente, il y a l'instantanéité, qui peut être également mal vécue par le patient, car cela « rime souvent avec brutalité et génère aussi de nouvelles formes d'impatience. » (Page 61, 2016) En outre, la médecine moderne se rationalise. Cela a pour effet de rendre « de plus en plus difficile de s'ajuster à chacun à chaque moment » (Page 85, 2016), ce qui crée un nouveau contexte où « laisser du temps au temps n'est pas la priorité. » (Page 85, 2016) Au vu de ces informations, l'article La temporalité à l'hôpital résume ainsi la situation : « Dans ce contexte, prendre le temps est à la fois un luxe et un acte de résistance, modeste, face à l'uniformisation du soin qui pourrait devenir une règle. » (Page 13, 2012) Prendre son temps dans le soin, c'est aussi prendre le temps de créer une relation avec le patient. Mais qu'est-ce que la relation soignant-soigné ?

3. La relation soignant-soigné

3.1. Définition

Tout d'abord, il semble important de définir le mot « relation ». D'après le dictionnaire Larousse, la relation se définit comme « Personne qu'on connaît, avec laquelle on a des rapport mondains, professionnels, etc. »

Selon A. Manoukian, dans l'ouvrage *La relation soignant-soigné*, « Les équipes soignantes, par leur fonction dans les services hospitaliers, entrent en relation avec les malades de façon intime. » (Page 7, 2001) Il semble donc que la relation soignant-soigné soit une composante du rôle infirmier, ainsi qu'une valeur professionnelle, notamment dans son rôle propre. Cela se trouve acté dans le décret du 15 Mars 1993 qui instaure « la notion d'aide et soutien psychologique. » (M.C Daydé, Page 35, 2008) D'après Catherine Bigoni et Pauline Marchand, également dans le périodique *Soins*, la relation soignant-soigné, avec le développement de la médecine moderne, est une « relation égalitaire ». C'est-à-dire qu'on centre le soin sur le patient en respectant ses volontés. (Page 16, 2012) L'OMS publie en 1978 que « Les hommes ont le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des mesures de protection sanitaire qui leur sont destinées. » On va donc plutôt parler d'une « collaboration » ou d'un « partenariat » entre le soignant et le patient (C. Bigoni, P. Marchand, Page 17, 2012)

3.2. Les composantes et la mise en place de la relation soignant-soigné

D'après Marie-Claude Daydé, dans le périodique *Soins*, la relation soignant-soigné se compose de quatre aspects. Tout d'abord, la relation de civilité est « la base de la communication » et « s'inscrit dans un rituel social. » Elle permet le respect. Ensuite, il y a la relation fonctionnelle, qui correspond à un « recueil de données » et permet de mieux connaître le patient ainsi que ses besoins, et d'appréhender la relation qui va s'établir. Puis il y a la relation aidante ou de soutien, qui « répond au besoin d'écoute de la personne. Elle permet l'accueil des émotions de la personne soignée et de ses proches. Elle répond aux besoins de sécurité et d'estime de soi, et elle fait appel à des attitudes et des habiletés communes aux soignants qui doivent être intégrées dans leur formation initiale : écoute active, empathie, authenticité, reformulations ». Pour terminer, la relation d'aide en soins infirmiers permet de mettre en avant les besoins du patient, en relevant les problèmes et en les analysant. Cela permet un accompagnement du patient en « mobilisant ses ressources » et en utilisant « ses propres solutions. » (Page 36, 2008) Ces quatre notions distinctes permettent la mise en place d'une relation fonctionnelle et adaptée. Ainsi, on peut éviter « les glissements de rôle et les interventions inadaptées, sources de conflits dans les équipes. » (Page 35, 2008)

Toujours selon A. Manoukian, il y a néanmoins des obstacles à la mise en place de cette relation : « Dans une relation entre deux individus, il y a habituellement une complémentarité de rôle. Si cette complémentarité ne se mettait pas en place très rapidement, les deux interlocuteurs ne parviendraient qu'à un « dialogue de sourd » ou à ce qu'on appelle un « monologue parallèle

», chacun restant sur son idée et sur des attitudes incompréhensibles pour l'autre. » (Page 14, 2001) On comprend donc l'importance de l'écoute et du respect dans la mise en place de la relation. De plus, la place accordée à la relation soignant-soigné peut de nos jours s'avérer complexe. En effet, souvent, le soin relationnel est relégué au second plan dans les structures de soins. Et cela à cause de la charge de travail de l'infirmière et à son organisation (Marie-Claude Daydé, Page 35, 2008). Catherine Bigoni et Pauline Marchand suivent cette idée en expliquant que « les tâches centrales qui organisent le travail infirmier restent les soins techniques, ainsi que les surveillances découlant de ces diagnostics et traitements. » (Page 18, 2012). Catherine Bigoni et Pauline Marchand insistent sur le fait que la profession d'infirmière se transforme, évoluant plus vers la « coordination des soins » (Page 19, 2012). Elles précisent que cela ne doit pas être dénoncé ou jugé négativement, mais être vecteur d'évolution pour notre pratique infirmière (Catherine Bigoni, Pauline Marchand, Page 19, 2012).

3.3. Un modèle à questionner

Cette relation soignant-soigné théorique semble difficilement réaliste d'après Catherine Bigoni et Pauline Marchand. Elles évoquent même le « désenchantement » du soin relationnel (2012, Page 19). Pour Marie-Claude Daydé, la relation d'aide existe lorsque « la personne doit se sentir en sécurité et en confiance, et souhaiter s'engager dans cette situation. » (2008, p.36). Mais l'article de Catherine Bigoni et Pauline Marchand explique bien qu'il semble illusoire d'espérer une relation soignant-soigné consentie par les deux parties. « Dans une situation où le patient se trouve souvent dépendant du savoir des soignants, recevoir leur confiance ne relève pas d'un réel choix, puisqu'il n'existe pas d'autre alternative pour eux que d'entrer dans la relation proposée par le soignant et, ainsi, de bénéficier de soins. » (2012, p.18). Le premier article nous dit également que la « collaboration » et le fait que ce soit l'infirmière qui s'adapte aux besoins du patient, sont ce qui permet la création de la relation soignant-soigné (Marie-Claude Daydé, 2008, p.37). Mais d'après le second article, la collaboration implique une notion d'égalité dans la relation, or il existe une forme de « pouvoir » du soignant sur le patient. (Catherine Bigoni, Pauline Marchand 2012, p.18). Par exemple, elles justifient cela en expliquant que « les structures de soins au sein desquelles la relation soignant/soigné se déploie, ne sont donc pas neutres. Elles véhiculent des normes en matière de santé, la norme pouvant se comprendre comme « proposition qui dit ce qu'on doit faire » » (Catherine Bigoni, Pauline Marchand 2012, p.18).

Pour conclure, mon cadre théorique m'a permis de mettre en évidence des notions-clés dans la compréhension de ma question de départ. Je vais ainsi pouvoir commencer à rédiger un guide d'entretien, afin de recueillir des propos de professionnels et compléter mes recherches.

Le dispositif méthodologique

Pour approfondir mes recherches et enrichir les données de mon cadre conceptuel, je vais conduire des entretiens avec des personnes familières de l'ambulatoire. Pour cela, je vais utiliser des entretiens semi-directifs, dans le but d'orienter les réponses de la personne interrogée par rapport à un thème défini au préalable. Pour réaliser mon guide d'entretien, j'ai décidé de préparer des questions en fonction de mon cadre théorique, en utilisant les grands thèmes que sont : l'ambulatoire, le temps, et la relation soignant-soigné.

Je vais donc interroger deux infirmiers de chirurgie ambulatoire. Leurs coordonnées m'ont été transmises par l'IFSI. En fonction de nos thèmes, les questions de départ ont été envoyées dans les services, et les professionnels ont pu se porter volontaires. Il me semble important de préciser que ces deux professionnels travaillent dans deux secteurs différents. En effet, l'un des IDE interrogés travaille dans une unité de chirurgie ambulatoire pédiatrique. Ils côtoient donc deux populations différentes, avec des attentes et des besoins qui peuvent diverger. Je n'avais pas fait de demande spécifique dans ce sens, mais j'estime que cela pourra s'avérer enrichissant dans mes recherches ainsi que dans mon analyse.

Pour l'organisation et les modalités de cet entretien, le premier se passera dans une salle mise à disposition dans mon lieu de formation, et le second dans le service de l'infirmier. J'utiliserai un téléphone avec une option dictaphone pour l'enregistrement. Je commencerai par me présenter, mais aussi par présenter les particularités de l'entretien. C'est-à-dire lui expliquer en quoi consiste cet échange, lui préciser qu'il est anonyme, et qu'il sera enregistré.

Après avoir réalisé les entretiens, je vais pouvoir les retranscrire et les analyser afin de compléter ma recherche.

Analyse

1. Analyse descriptive

Durant mes entretiens, les deux infirmiers interviewés ont eu toute liberté pour répondre à mes questions. Je vais ainsi pouvoir les traiter, afin de dégager les idées transmises par ces professionnels.

1.1. L'ambulatoire

Les deux infirmiers interrogés m'ont répondu de manière très différente, lorsque je leur ai demandé les particularités de l'ambulatoire pour un infirmier. Le premier m'a indiqué les qualités et les compétences requises pour travailler en ambulatoire. Le second m'a plus parlé de l'organisation et des missions d'un infirmier en ambulatoire. Cela peut être bénéfique pour mon analyse, car il y a plusieurs notions qui sont abordées et qui vont donc pouvoir se compléter. Mais je peux difficilement comparer et confronter leurs propos, car ils ne traitent pas des mêmes aspects.

Pour commencer, l'infirmier 1 nous précise des qualités qui, pour lui, semblent essentielles dans l'exercice infirmier en ambulatoire. Il insiste sur le fait qu'il faut être adaptable et polyvalent. En effet, au vu de ce que nous disent les deux infirmiers au niveau de l'organisation, ces qualités semblent importantes pour pouvoir gérer les soins en fonction du nombre de patients en ambulatoire. L'infirmier 2 nous précise que le « volume de patients est plus important que dans les services traditionnels », mais qu'il y a moins de soins qui s'ajoutent, comme les soins techniques ou le nursing. Et c'est cette organisation qui fait que, pour l'infirmier 2, travailler en ambulatoire se rapproche de la « gestion des flux de patients ».

L'infirmier 1 se rapproche de cette idée et l'illustre en disant : « Tu vas avoir des patients qui vont arriver pour une chose. Dix minutes après, tu verras les patients qui vont arriver pour autre chose. » Pour lui, il faut être capable d'« être toujours un peu partout ». Vu sous cet angle, cela peut paraître un peu compliqué de s'organiser, mais l'infirmier 2 affirme que c'est une organisation qui, pour lui, est plus « ritualisée » que dans des services traditionnels.

L'infirmier 1 aborde ensuite une autre notion, celle du contact avec le patient. Il met en avant le fait que, étant donné la rapidité de la prise en charge, il faut être capable de passer rapidement de la relation de civilité, « être capable de parler de la pluie et du beau temps. », à des sujets plus sérieux comme « leur pathologie ». Il dit également qu'il faut être capable de passer d'une opération bénigne à des interventions plus complexes, liées à des pathologies plus lourdes.

Pour conclure sur les particularités en ambulatoire, selon les infirmiers interrogés, cette idée de « gestions des flux » montre bien que le rôle infirmier en ambulatoire est de prendre en soin un grand nombre de patients sur un laps de temps donné.

1.2. La temporalité

Concernant la question du ressenti du temps par le soignant et par le patient, ainsi que son influence sur la relation de soins, les deux infirmiers ont des discours assez similaires, qui font remonter les mêmes idées.

Tout d'abord, ils sont d'accord pour dire qu'ils manquent de temps. Ils affirment tous les deux que cela peut engendrer pour eux du stress et de la frustration. Notamment vis-à-vis du temps passé avec le patient. En effet, les deux infirmiers expriment l'envie d'accorder plus de temps au patient qui en montre le besoin, mais cela n'est pas toujours possible. L'infirmier 1 dit avoir envie de donner plus de compassion au patient. Il dit également devoir essayer de lui faire comprendre qu'il n'a parfois pas le temps de discuter avec lui et qu'ainsi, il a l'impression de ne pas forcément répondre à ses besoins. L'infirmier 1 explique qu'il a le sentiment que le patient se sent lésé par ce manque de temps qui lui est accordé. D'après lui, il va éprouver de la solitude et de l'inquiétude, qui peuvent générer du stress. Les deux infirmiers ressentent donc le manque de temps comme un obstacle à la relation de soin.

Pour autant, selon l'infirmier 2, le patient peut parfois montrer sa satisfaction vis-à-vis de la prise en soin, malgré le fait que l'infirmier a eu l'impression de passer très peu de temps auprès de lui. L'infirmier explique ensuite que cela montre que ce temps passé avec lui « devait être de qualité » pour le patient, malgré la frustration qu'il ressent.

J'ai ensuite interrogé les soignants sur les moments de la prise en charge qui leur semblent propices à la mise en place de la relation de soin.

Pour commencer, je vais décrire leurs réponses concernant l'entrée du patient. L'infirmier 2 exprime clairement l'importance de ce moment, qu'il décrit comme « fondamental » pour la création de la relation de soin. C'est un moment formel, où il va pouvoir évaluer l'état psychique du patient, notamment par rapport au stress. Ce stress peut être un obstacle à la relation de soin, car il peut rendre le patient « hermétique » à l'approche du soignant. Ce stress peut être partagé par le soignant. En effet, d'après l'infirmier 1, c'est un moment où il est pressé « parce que ça afflue dans la salle d'attente. » Il dit également que, pour lui, il est difficile de créer quelque chose à l'entrée. Il envisage ce temps comme un moment où on « amorce » la relation de soin. C'est à cet instant que le patient et le soignant vont se découvrir. L'infirmier 2 donne une importance à cette première impression ; c'est là qu'il va pouvoir essayer de détendre le patient, avec de l'humour par exemple, ou en montrant de l'empathie, tout en lui expliquant que le stress est normal.

Ensuite, il y a le temps des surveillances. Pour les deux soignants interrogés, c'est un moment propice à la mise en place de la relation de soin. Ils expliquent cela par le fait que le patient est généralement plus détendu, car l'intervention est passée. Cela va permettre « d'approfondir » et « d'enrichir » la relation qui a été amorcée lors de l'entrée. Le patient sera plus ouvert et sensible aux intentions du soignant, notamment parce que c'est un moment où le soignant va pouvoir le rassurer sur l'intervention qu'il a subie.

Enfin, la sortie : pour l'infirmier 1, c'est le moment qui « conclut un peu ce qu'on a pu mettre en place tout au long la journée ». C'est un moment important pour le patient, car il veut rentrer chez lui, et la journée a été longue. Ce n'est donc pas un temps propice pour créer ou poursuivre une relation. C'est un moment qui, selon lui, met un « terme à la relation ». La sortie n'est pas abordée par l'infirmier 2.

Par ailleurs, l'infirmier 2 aborde les moments « informels ». Comme, par exemple, croiser un patient dans le couloir, ou juste lui sourire, ou bien une attention, qui peuvent permettre au patient de se sentir accueilli et reconnu. C'est l'un des moments où la relation soignant-soigné peut être approfondie, car le soignant montre son intérêt pour le patient. Cela permet ainsi d'instaurer un climat d'écoute et de partage.

Par la suite, je vais donc étudier ce qui fait la particularité de cette relation soignant-soigné

1.3. La relation soignant-soigné

Concernant la relation soignant-soigné, les propos des soignants interrogés sont plus larges. En effet, ils n'expriment pas tout à fait les mêmes idées.

Pour les deux soignants, la particularité de la relation de soin en ambulatoire correspond au temps passé auprès du patient. L'infirmier 2 explique que le temps est perçu de manière différente selon notre état d'esprit. Pour le soignant, tout va vite, tandis que pour le patient, celui-ci passe de longs moments à attendre. L'infirmier 1 explique que cela ne doit pas « brusquer les patients », au risque de nuire à la relation de soin. Il explique qu'il faut toujours accélérer mais, par la suite, il va prononcer la même phrase que l'infirmier 2 : « Il faut donner du temps au temps ». En effet, quand un patient montre un besoin particulier en temps, il est important que le soignant s'adapte. Les soignants tentent alors de faire oublier cette attente en usant de techniques, comme l'humour. Il faut aussi rester ouvert au patient et lui montrer qu'il a le temps, en cas de question ou de doute. Il faut également bien cibler les besoins du patient. L'écoute et l'observation sont donc des notions-clés. Même si cela n'est parfois pas suffisant, comme le souligne le soignant 1, ce qui peut engendrer un sentiment d'insatisfaction envers lui-même.

L'infirmier 1 insiste sur le fait qu'il fait des soins, mais aussi de « l'humain ». Il utilise le mot « douceur », qui contrebalance le côté « brusque » abordé plus tôt. Pour lui, cette partie semble importante, et il pense que l'aspect relationnel dans une prise en charge en ambulatoire influe beaucoup sur la satisfaction du patient.

L'infirmier 2 aborde également le relationnel avec les accompagnants. Cet infirmier travaille en pédiatrie : il est donc en présence des parents la majorité du temps, et ces derniers sont une ressource dans la relation de soin avec l'enfant. En effet, les parents étant rassurés, l'enfant peut aussi le ressentir et donc être apaisé. Cela peut être transposé aux patients adultes, car ils sont souvent accompagnés par un proche. Celui-ci peut aussi être inquiet et avoir des questions. Il faut donc lui accorder du temps.

Enfin, l'objectif de la relation de soin, pour les deux soignants, est de mettre le patient en confiance. Pour l'infirmier 1, son but personnel est de pouvoir se dire que le patient s'est senti écouté, parce qu'il a pris du temps pour cela. Il souligne également le fait qu'au travers de cette relation, il cherche à ce que le patient comprenne qu'il est disponible pour lui.

1.4. Déroulement et limites des entretiens

Pour conclure cette analyse des entretiens, je vais revenir sur leur déroulé pour mettre en lumière certains facteurs qui ont pu influencer les réponses des professionnels.

Tout d'abord, je pense être le principal facteur du fait que les entretiens ne se sont pas déroulés dans les mêmes conditions. En effet, avec l'expérience du premier entretien, j'ai modifié ma façon d'appréhender mes questions, ainsi que les réponses faites par les professionnels. J'ai remarqué que mes questions étaient sans doute plus directives lors du second entretien, notamment du point de vue des relances. Je savais davantage vers où je voulais orienter le professionnel, et cela en fonction des propos que j'avais déjà recueillis lors du premier entretien. Par exemple, je me suis rendu compte que lors de ma retranscription de l'entretien avec l'infirmier 2, j'avais formulé la question n°5 de cette façon : « Ensuite, pour vous, y a-t-il des moments qui permettent la mise en place de la relation soignant soigné en ambulatoire ... à l'entrée ? ». J'oriente donc la réponse du soignant, en suggérant que l'entrée est un moment-clé. Cette erreur est sans doute liée au stress, ou alors due au fait qu'il s'agit du second entretien, et que je me suis plus détachée de mon texte car je me sentais plus à l'aise avec la maîtrise de mon guide d'entretien.

Ensuite, il y a le fait que les deux professionnels travaillent avec un public différent. L'infirmier 2 travaille auprès d'enfants. Ceux-ci sont accompagnés systématiquement d'un adulte. Il a donc plus parlé des accompagnateurs et de l'importance de la relation tripartite. Un sujet qui n'a pas été abordé par l'infirmier 1.

Enfin, je pense que mes questions n'étaient pas assez ciblées. En effet, lors de l'analyse de mes données, je me suis rendu compte qu'une même notion pouvait se retrouver dans les réponses de plusieurs questions. Cela a rendu l'analyse plus complexe. Des questions plus centrées sur un sujet précis, auraient pu permettre un entretien plus organisé et donc plus facilement exploitable par la suite.

Malgré ces quelques limites et les biais que j'ai pu relever, j'ai apprécié les échanges avec les professionnels de terrain. Cela a pu nourrir mes interrogations et ouvrir ma réflexion vers des notions auxquelles je n'avais pas songé.

2. Analyse interprétative

L'analyse interprétative a pour but de comparer les propos des professionnels de l'analyse descriptive avec les informations du cadre théorique. Pour cela, je vais utiliser une approche transversale, c'est-à-dire que je vais regrouper mes données par thème afin de le croiser.

2.1. L'ambulatoire

2.1.1. Particularités et définition

Il y a beaucoup de similitudes entre les déclarations des soignants et les données théoriques. Tout d'abord, on retrouve dans les deux aspects la notion d'organisation. C'est un élément important pour l'infirmier en ambulatoire. Il en ressort qu'il faut faire preuve d'adaptabilité, de polyvalence et d'anticipation, dans le but de gérer le grand nombre de patients et la rapidité de la prise en soin.

Par ailleurs, nous retrouvons la notion de satisfaction du patient. Dans le cadre théorique, nous avons vu qu'elle passe par une organisation centrée sur le patient. Pour les professionnels, c'est la dimension relationnelle qui est mise en avant. En outre, dans la théorie, la satisfaction du patient est un indicateur majeur dans la qualité du soin. Les deux parties suggèrent que l'empathie est importante, qu'il faut écouter le patient et qu'il faut prendre en considération ses émotions, comme par exemple le stress de l'intervention, afin de mettre en place la relation de soin.

Cependant, il y a des notions qui sont abordées dans le cadre théorique et non par les professionnels, et inversement. Par exemple, la relation entre les professionnels qui interviennent dans la prise en soins du patient, est évoquée dans le cadre théorique. Même si les infirmiers interrogés évoquent d'autres soignants, ils n'abordent pas le sujet de la communication entre eux.

Aussi, les professionnels définissent l'ambulatoire comme une « gestion de flux », alors que le cadre théorique parle d'une « non hospitalisation ».

2.1.2. Les moments de la prise en soin

Concernant les grandes étapes de l'ambulatorio, nous retrouvons les mêmes moments dans les deux parties : l'entrée, les surveillances, et la sortie.

L'entrée ressort comme un moment important dans le cadre théorique, ainsi que dans les propos des professionnels. Ils se retrouvent pour dire que c'est un moment propice pour détendre le patient, notamment grâce à l'explication de la journée et en se montrant à l'écoute. Les professionnels abordent un autre aspect de ce moment : l'amorce de la relation, et aussi la difficulté du soignant à créer une relation à l'entrée à cause du nombre de patients qu'il faut rencontrer.

Ensuite, il y a les surveillances. C'est un moment qui, une fois de plus, met d'accord le cadre théorique et les professionnels. Ils le voient comme un moment propice à la mise en place de la relation soignant-soigné. Mais les professionnels vont plus loin dans la description des surveillances, en expliquant que ce passage permet au patient d'être plus réceptif à l'intention du soignant.

Enfin, concernant la sortie, le cadre théorique donne peu d'informations à ce sujet. Il s'agit juste d'un moment où le patient va être informé qu'il rentre chez lui. Les professionnels le décrivent plus en profondeur, en disant que cela met un terme à la relation.

Les moments informels ne sont pas abordés dans le cadre théorique. Cette notion apparaît seulement dans les propos des professionnels.

Le cadre théorique aborde beaucoup plus la dimension organisationnelle de ces temps, leur enchaînement, ou les professionnels qui interviennent...

2.2. La temporalité

Le cadre théorique définit la notion de temps et de temporalité. Cela n'est pas présent dans les propos des professionnels interrogés. Mais une notion commune se dégage, celle du temps qui peut être ressenti différemment selon les individus.

2.2.1. Le temps ressenti par le patient

Concernant le temps ressenti par le patient, nous retrouvons une fois encore cette notion selon laquelle plusieurs patients peuvent ne pas ressentir le temps de la même manière. Toutefois, une idée générale se retrouve dans le cadre théorique, ainsi que dans les propos des infirmiers : Le patient peut se sentir brusqué, lésé, seul ou impatient.

La satisfaction du patient vis-à-vis de sa prise en soin est abordée par la partie théorique et par les infirmiers. La première montre que cette satisfaction est propre à chaque patient, car ceux-ci ne ressentent pas tous les mêmes émotions en fonction du temps. Et les seconds, que le patient peut manifester sa satisfaction malgré le fait que le soignant n'a pas forcément eu l'impression d'avoir pu mettre en place une relation de soin de qualité. Il existe donc une notion propre, selon les soignants, celle du « temps de qualité ». Ils abordent également l'idée que le soignant peut mal interpréter le ressenti du patient par rapport au temps.

2.2.2. Le temps ressenti par le soignant

En ce qui concerne le temps ressenti par le soignant, les deux parties sont d'accord pour dire qu'ils en manquent. Par la suite, les propos vont diverger. En effet, le cadre théorique aborde davantage l'adaptation de l'organisation des soins par rapport au manque de temps. Alors que ce qui ressort des propos des soignants, c'est le sentiment qu'ils ont de manquer de temps. Comme, par exemple, le stress ou la frustration de ne pas se sentir suffisamment auprès du patient, et donc de ne pas s'adapter assez à ses besoins mais plus au temps.

2.2.3. Le prix du temps à l'hôpital

La notion du prix du temps à l'hôpital n'est présente que dans le cadre théorique. Même si certaines idées se rapprochent dans les propos des soignants. Comme, par exemple, le fait que les soignants doivent faire au plus vite afin d'être le plus efficace possible.

Le cadre théorique aborde donc la notion de rentabilité du temps et de sa répercussion sur le patient. Nous y trouvons aussi des constatations sur l'évolution de la société, notamment vis-à-vis du temps et de l'instantanéité qui est assez commune aujourd'hui.

2.3. La relation soignant-soigné

En ce qui concerne le relation soignant-soigné, on constate des propos assez différents entre le cadre théorique et les propos des infirmiers.

Cependant, ils se retrouvent sur le fait que la prise en soin du patient doit être centrée sur lui, et adaptée à ses besoins. Cela doit passer par l'écoute active, le soutien et la réassurance du patient. Cela permet au soignant de comprendre les émotions exprimées par ce dernier et de le mettre en confiance. Le relationnel avec les accompagnants est aussi présent dans le cadre théorique et dans les interviews des soignants.

Au sujet des divergences, le cadre théorique nous fournit des notions telles que le « patient ressource », et la relation égalitaire. C'est un aspect de la relation qui n'est pas abordé par les soignants interrogés. On y trouve aussi la notion d'évolution de la profession d'infirmière, qui remet en question les bases actuelles de la relation de soin.

Les infirmiers interrogés se focalisent plus sur le côté humain de la relation. Ils expriment une véritable envie d'être au plus près du patient et de répondre à ses besoins. Pour eux, sa satisfaction est un objectif personnel et professionnel.

Les limites et obstacles à la relation de soin sont différentes dans les deux parties. Dans le cadre théorique, l'obstacle à la relation de soin est le déséquilibre dans la complémentarité entre le patient et le soignant. Mais également le fait que le soin relationnel soit « relégué au second plan ». Alors que pour les infirmiers interrogés, c'est la rapidité de la prise en soin en ambulatoire qui risque de « brusquer » le patient et, ainsi, de nuire à la relation de soin.

Discussion

Au regard de ma question de départ, je vais utiliser les informations dégagées par mon analyse, afin de leur donner du sens et étayer mon positionnement professionnel.

1. Le temps influence la prise en soin en ambulatoire

L'ambulatoire se définit par la durée de la prise en soin d'un patient, de son arrivée jusqu'à sa sortie du service en moins de douze heures. Le temps est donc un facteur majeur de la prise en soin en ambulatoire. C'est une prise en charge qui se veut rapide, afin de répondre à certains besoins et demandes des hôpitaux, mais également des patients.

L'organisation des infirmiers va donc être différente de celle des services dits « traditionnels ». La notion de « gestion de flux » donnée par l'un des soignants interrogés décrit justement cette organisation. Cela implique également une idée d'efficacité. En effet, il faut savoir enchaîner les entretiens d'entrée, les surveillances et les sorties de patients manifestant des pathologies différentes, et cela en garantissant un roulement suffisamment rapide pour assurer l'entrée des patients suivants. L'infirmier doit donc se montrer capable d'adaptabilité et plus encore d'anticipation, notamment vis-à-vis du temps. Je pense que cela peut être une difficulté, car il faut trouver un juste équilibre entre l'efficacité et l'aspect humain de la profession. J'estime qu'il est important de s'efforcer de conserver au maximum ce rôle propre. En effet, lorsque le temps est limité, le rôle prescrit semble être la priorité. Cela peut conduire à passer plus de temps pour exécuter les ordonnances, qu'à l'écoute du patient. Mais le rôle relationnel de l'infirmier reste essentiel. C'est celui-ci qui lui permet de mettre en pratique son expertise et de poser des diagnostics infirmiers.

Le temps va également s'avérer un enjeu important en ambulatoire. Il va avoir des répercussions sur les différents acteurs. Le patient va se retrouver emporté dans une prise en charge qui peut être brusque pour lui, mais avec tout de même de longues phases d'attente qui peuvent être la source de stress ou de lassitude. Le soignant, lui, va devoir faire face à la prise en charge d'un nombre important de patients, ce qui peut engendrer par moments une frustration au niveau d'un relationnel négligé pour des raisons d'efficacité. Ainsi, il peut avoir l'impression de ne pas

consacrer assez de temps au patient, et donc de ne pas remplir l'un de ses rôles propres d'infirmier.

Le temps est donc un obstacle, mais il est également l'élément premier de l'ambulatoire. Il me semble que cette prise en charge est un défi pour les infirmiers, et c'est peut-être aussi cela qui est attirant dans l'ambulatoire.

Au vu de ces différents éléments, il semble indéniable que le temps influence la prise en soin infirmière en ambulatoire. Malgré cela, je pense qu'il ne va pas influencer de la même manière les différents acteurs de la relation soignant-soigné.

2. Le temps : une notion variable selon les individus

L'article *La temporalité à l'hôpital* de la revue *Soin* évoque l'idée que le temps est une « perception propre à chacun et variable » (Page 14, 2012). Cela a été souligné par l'un des professionnels interrogés. Manifestement, cette idée est essentielle pour comprendre les enjeux de la relation de soin en ambulatoire. Comme cela a été dit précédemment, le patient en ambulatoire va pouvoir profiter d'une prise en charge rapide qui lui évite l'hospitalisation. Cependant, le temps peut lui sembler long. Il va devoir attendre entre les différentes étapes de sa journée. Les moments d'interaction avec le personnel soignant vont être perçus comme rapides. Cela va donc jouer sur sa perception du temps : la journée passe lentement, et elle est entrecoupée de moments trop succincts avec les soignants.

Contrairement à cette perception, le soignant ne va pas voir le temps passer. Étant donné le nombre de patients qu'il doit prendre en charge, et le temps qui lui est imparti, il peut avoir le sentiment de manquer de temps.

Je pense que la compréhension de ces différents ressentis du temps permet la mise en place d'une relation de soin fonctionnelle. Grâce à mes recherches sur la relation de soin, j'ai identifié le fait qu'il s'agit d'une relation « égalitaire » et de « collaboration » (C. Bigoni, P. Marchand, *La relation de soins, un modèle à questionner. Soins*.Page 17, 2012). Il faut donc évidemment que le soignant comprenne que le patient peut ressentir des difficultés vis-à-vis du temps. Mais, selon moi, pour qu'une relation soit fonctionnelle, il faut aussi que le patient partage cette compréhension. En effet, s'il comprend que le soignant peut avoir une impression du temps différente de la sienne, des difficultés à la mise en place de la relation soignant-soigné peuvent

ainsi être évitées. Il va accepter que le soignant soit pressé par le temps, et donc ne pas avoir de ressenti négatif par rapport à la rapidité des moments passés auprès de lui. Pour cela, il faut également que le soignant ait réussi à mettre en place une relation de confiance. Le patient se sentira ainsi dans une prise en charge adaptée. Il existe donc une relation équilibrée, qui permettra au patient de comprendre les enjeux du temps pour le soignant et inversement.

Ainsi, la communication s'avère décisive. C'est elle qui va permettre la création de cette relation de complémentarité. Nous allons voir par la suite à quel moment cela va être possible.

3. Il n'y a pas un moment unique pour créer la relation de soin en ambulatoire

Il existe trois grandes étapes dans la prise en soin en chirurgie ambulatoire : L'entrée du patient, les surveillances post-opératoires et sa sortie du service. C'est au cours de ces étapes que le soignant va interagir avec le patient.

A l'entrée, la relation va se mettre en place. Le patient découvre le soignant, le service et l'organisation de la journée. C'est à ce moment que le soignant va pouvoir constater l'état psychologique du patient et établir un lien avec lui, en essayant de le rassurer, par rapport au déroulé de la journée par exemple. Il va donc apparaître comme la première personne ressource pour le patient. Mais c'est un moment qui peut-être stressant pour l'infirmier, car le flux de patients est important à ce moment. Il faut donc être concis, afin que l'entretien se passe vite, en demandant et en donnant toutes les informations importantes. Cela sans oublier la relation de civilité qui permet un accueil agréable pour le patient, et qui permet de préparer une relation équilibrée.

Les surveillances sont également un moment important. Le patient revient du bloc, il peut être soulagé que l'opération soit terminée. C'est aussi un moment où le soignant est attendu. Le patient veut savoir si tout se passe normalement et s'il récupère comme il faut. Il va donc être réceptif à l'écoute du soignant.

La sortie est le moment de clore la relation avec le patient. Ce dernier est généralement soulagé que cette journée soit terminée, et il est pressé de rentrer chez lui. C'est aussi un moment où l'infirmier va encore pouvoir rassurer le patient grâce aux derniers conseils, en lui expliquant que le service est toujours joignable en cas de complication.

Il n'existe pas un moment particulier pour créer une relation de soin, mais celle-ci se crée au fur et à mesure de la prise en soin. Chaque étape présente une utilité. L'entrée sert d'amorce, les surveillances servent à l'ancrage de la relation, et la sortie permet une conclusion.

Cela permet aussi de comprendre que, même s'il y a un changement de soignant en fonction des horaires de travail, l'infirmier d'après-midi peut créer une relation de soin avec le patient. Peu importe le moment de la prise en charge. Je trouve que cette capacité à créer un lien si rapidement est remarquable. Cela démontre que le patient fait confiance aux soignants.

Mais pour que chaque étape puisse avoir une influence positive sur la relation de soin, certaines pratiques doivent être respectées.

4. Le patient au centre de la prise en soin

Le temps passé auprès du patient va être très court, trente minutes au maximum selon l'un des soignants interrogés. Il faut donc réussir à instaurer rapidement une relation de soin. Par ailleurs, la satisfaction du patient passe par le fait que sa prise en charge soit adaptée à ses besoins, et notamment d'un point de vue relationnel. Il faut être capable de comprendre au plus vite les besoins du patient, et adapter le temps à ceux-ci. Et non pas l'inverse, qui consisterait à adapter son soin en fonction du temps disponible. Car si l'on s'adapte au temps, et pas aux besoins du patient, ce dernier peut se sentir négligé et non écouté par le soignant. Or c'est précisément là que peut naître un déséquilibre dans la relation de soin.

En outre, la satisfaction du patient doit être un but pour le soignant. En effet, cela me paraît gratifiant de savoir qu'un patient a passé une journée qui lui a semblé bien se dérouler grâce à mes soins. Mais ce qui se dégage des entretiens que j'ai réalisés, c'est le fait que le soignant a l'impression qu'il n'a pas passé suffisamment de temps avec le patient pour que sa prise en soin soit adaptée, même si celui-ci lui peut lui exprimer sa satisfaction à la fin de sa prise en soin. Le soignant peut estimer que la frustration qu'il ressent par rapport à son impression du manque de relationnel, est partagée par le patient. Il existe donc un décalage entre le ressenti du patient et l'interprétation qu'en fait le soignant.

On peut donc penser que la qualité de la relation ne réside pas forcément dans les minutes passées avec le patient, mais dans ce qui se crée durant ces minutes. Si nous nous montrons

suffisamment à l'écoute du patient, et disponibles pour lui, il va le ressentir et être plus serein pendant son passage dans le service.

La prise en soin en ambulatoire est particulière. Elle ne rentre pas forcément dans le modèle appris durant la formation. L'idée de prendre le patient dans sa globalité semble illusoire. En effet, le temps ne permet pas d'explorer tous les aspects de la vie du patient. Par ailleurs, pour une prise en soin si rapide, est-ce vraiment nécessaire ? Il faut avoir les données qui permettent la sécurité du patient. Mais également, rester attentif aux informations transmises par le patient, par le langage, mais aussi le paralangage. Il s'agit donc d'être dans l'observation et dans l'écoute active du patient. Ainsi, la prise en soin est adaptée selon ses besoins, car centrée sur lui, mais également au service de l'ambulatoire et de ses contraintes de temps.

Conclusion

Après mon stage en chirurgie ambulatoire, je me posais des questions sur la prise en soin des patients. Ce thème de recherche m'a donc semblé pertinent, d'autant plus qu'il s'inscrit dans la dynamique actuelle d'hôpitaux qui s'orientent de plus en plus vers l'ambulatoire.

La rédaction de ce mémoire m'a permis de mettre en perspective mon expérience en ambulatoire, ainsi que la vision que j'en avais. A travers les différentes étapes - les recherches documentaires, la rédaction du guide d'entretien, l'échange avec les professionnels, et l'analyse des données recueillies -, j'ai pu mettre en évidence certains aspects de la prise en soin d'un patient en ambulatoire qui m'avaient échappé. Par exemple, l'importance de la maîtrise du temps pour faire en sorte que cette relation soit fonctionnelle en dépit du temps limité passé auprès du patient.

Même si mon sujet de recherche se concentre sur l'ambulatoire, ce que j'ai appris grâce à mon travail autour de la relation soignant-soigné, est transposable dans d'autres services où la gestion du temps reste aussi un enjeu important. La compréhension des effets du temps et de son ressenti par les différents protagonistes de la relation de soin, permet une prise en charge adaptée au patient, mais également aux conditions de travail du service.

Toutes ces informations et recherches, ainsi que mon ressenti sur le sujet, m'ont permis d'approfondir mon questionnement et de poser la question de recherche suivante :

Dans quelle mesure l'optimisation du temps en ambulatoire permet-elle le « prendre soin » des patients ?

Bibliographie

Ouvrages :

- DE BROCAS, Alain (2016). *Soigné au rythme du patient*. Paris, France : Seli Arselan
- MASSEBEUF, Anne, MANOUKIAN Alexendre (2001). *La relation soignant-soigné, 2^{ème} édition*. Paris, France : Edition Lamarre
- PAILLARD, Christiane (2016). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers, 3^{ème} édition*. Noisy-le-Grand, France : Setes

Articles :

- GUIMELCHAIN-BONNET, Michèle, GUENEAU, Emmanuel (2012). La temporalité à l'hôpital. *L'aide-soignante* n°117, p11-20
- SALES, Jean-Patrick (2018). Dossier : la chirurgie ambulatoire. *Interbloc n°1 Tome XXVII*, p23-41
- ACKER, Françoise (2015). Organisation du travail des infirmières en chirurgie ambulatoire. *Soins* n°795, p47-50
- KARAM, May (2014). Historique : la chirurgie ambulatoire dans le monde. *Inter bloc n°4*, p236-237
- DAYDÉ Marie-Claude (2018). La relation soignant-soigné, aspects réglementaires et conceptuels. *Soins*, n°731, p.35-38
- BIGONI Catherine, MARCHAND Pauline (2012). La relation de soins, un modèle à questionner. *Soins*, n°766, p.16-19
- CHEVILLOTTE Jérôme, VONS Corinne, WAGENER Sylvie, BEAUSSIER Marc, CHABANAIS Stéphanie, LOSSENT Anne, AMBROSINO Florence (2014). Dossier : La chirurgie ambulatoire. *Revue de l'infirmière* vol 63, n°202, p13-25

Annexes

I- Guide d'entretien

II- Entretien n°1

III-Entretien n°2

IV-Tableaux d'analyse

I. Guide d'entretien

Bonjour, dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, qui porte sur la temporalité en ambulatoire et la relation soignant-soigné, j'ai rédigé un entretien destiné aux IDE qui me permettra d'approfondir ma réflexion.

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ?

Notion : L'ambulatoire	Question 1) Pour un infirmier, quelles sont les spécificités de l'ambulatoire ?
Notion : Temporalité	Question 2) D'après Michèle Guimelchain-Bonnet (psychologue à Paris), dans l'article de la revue Soins <i>La temporalité à l'hôpital</i> « A l'inverse des patients, les soignants ont souvent l'impression de manquer de temps ». Qu'en pensez-vous ?
Notion : Temporalité	Question 3) Dans quelle mesure le temps influe-t-il sur votre prise en soin d'un patient en ambulatoire ? <ul style="list-style-type: none">• <i>Comment vous organisez-vous ?</i>• <i>Quelles sont vos priorités ?</i>
Notion : La relation soignant-soigné	Question 4) Quelles sont les particularités de la relation soignant-soigné en ambulatoire ?
Notion : Temporalité	Question 5) Pour vous, y a-t-il des moments qui permettent la mise en place de la relation soignant-soigné en ambulatoire ? Quels sont-ils, et en quoi ce ou ces moments sont-ils propices à la mise en place d'une relation soignant-soigné ?

II. Entretien n°1

L : Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études qui porte sur la temporalité en ambulatoire et de la relation soignant soigné, j'ai rédigé un entretien qui permettra d'approfondir mon raisonnement.

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ?

IDE 1 : Mathieu, infirmier en ambulatoire en chirurgie ambulatoire sur le site de Pontchaillou, Chirurgie polyvalente adulte de l'adolescent à l'adulte. J'ai quitté les bancs de l'école il n'y a pas longtemps. Deux ans et demi. En chirurgie ambulatoire depuis six mois, à peu près sept mois. Depuis, depuis six mois, j'ai pris un poste, quelqu'un qui partent à la retraite. Pour l'instant, j'y suis. Je m'y plais bien. C'est une spécialité qui est assez large. Il y a plein de choses à voir sur le site de Pontchaillou polyvalentes, donc on fait de tout, sauf de la cardio. Mais sinon, toutes les spécialités y sont représentées. Après, il y a la gynéco. Tout ça, c'est plus sur l'hôpital sud, mais on a l'occasion d'y aller des fois de temps en temps.

C'est donc la diversité ... Cette diversité. Et puis, le fait d'avoir tout le temps plein de monde, ça bouge. C'est un super service pour moi.

L : Donc ma première question, c'était pour un infirmier, Quelles sont les spécificités de l'ambulatoire, alors ?

IDE 1 : Les spécificités ? Je dirais que c'est le fait d'être toujours un peu partout, d'être adaptable dans le sens où tu vas avoir des patients qui vont arriver pour une chose, dix minutes après, tu verras les patients qui vont arriver pour autre chose. Dix minutes après ... c'est tellement large qu'en fait, il faut être prêt à avoir un peu de tout. C'est vraiment être adaptable, être polyvalent, être capable de parler avec des gens de la pluie et du beau temps. Et puis, il y a près de leur parler de leur pathologie, de parler de pathologies très simples comme le canal carpien, les cataractes, les choses bénignes. Et puis de rentrer un peu plus dans le détail pour des gens qui viennent parce qu'ils ont découvert un cancer ou qui font des biopsies ou des choses un peu plus compliquées et polyvalentes. C'est le maître mot du terrain de la chirurgie ambulatoire.

L : D'accord. Pas par rapport au temps. D'après Michèle Guimelchain-Bonnet, psychologue à Paris, il a dit dans un article dans le magazine Soins que « à l'inverse des patients, les soignants ont souvent l'impression de manquer de temps. » Qu'en pensez-vous ?

IDE 1 : Oui, c'est vrai, on manque tout le temps, de temps à tout le temps. C'est tout le temps, la course, tout le temps. On n'arrête pas. C'est un service où on ne s'ennuie jamais. En fait, on ne va jamais se dire voilà, j'ai une heure devant moi parce que c'est un service qui, dès son ouverture, dans le sens où c'est un service qui tourne tout le temps. On a des gens qui arrivent le matin, qui passent au bloc, qui ensuite reviennent et qui s'en vont. Et ça continue toute la journée. Donc, on a des entrées qui vont avoir lieu du matin jusqu'au milieu de l'après-midi. En fait, on a tout le temps entre les entrées et les retours de patients. Les gens ont des questions. Les petits trucs de dernière minute. On n'avait pas prévu ça, on a rajouté à quelque chose. Il y a de tout temps quelque chose à faire. On ne s'arrête jamais. Et c'est vrai qu'on manque cruellement de temps.

Mais oui, c'est complètement vrai et c'est vrai. A l'inverse, les patients ont l'impression qu'on les oublie. Oui, parce qu'ils ont l'impression d'être tout seuls, entre guillemets. Des fois, ils sont dans une chambre double ou dans les pièces de quatre ou cinq personnes. Mais malgré tout, ils ont l'impression qu'il n'y a qu'eux. Alors c'est aussi le fait que la journée soit stressante. Des fois, ça peut impliquer plein de choses, mais ils ont souvent l'impression qu'on les oublie et on leur explique qu'on ne les oublie pas et qu'il n'y a pas qu'eux. Malheureusement, quand on est un peu sur tous les fronts, heureusement pour la plupart, ils comprennent que des fois, ça génère un peu de stress et d'anxiété, en plus, par rapport à ce qui est déjà le cas. Oui, comme une relation un peu compliquée, voire une relation soignant soigné, difficile à mettre en place, pas toujours facile, effectivement, et même difficile. Je pense qu'il faut, être, bien sûr de ce qu'on fait, de ce qu'on dit déjà pour que le patient se sente en sécurité et qu'il se sente bien pris en soins. Et puis, effectivement, il faut tout le temps ... Il faut tout le temps leur faire comprendre qu'on essaye d'être aux petits soins pour eux, mais que malheureusement, des fois, on va écourter un peu la discussion, même si on aimerait bien discuter un peu plus avec eux parce que parler de leurs problèmes personnels, vous nous parlez tout simplement de la chirurgie qui vient d'avoir lieu et malheureusement, des fois, on écourte un peu. On leur fait comprendre que ce n'est pas contre eux. Mais voilà, c'est toujours essayer de négocier avec le patient, de négocier avec lui pour lui faire comprendre que par un peu plus vite ou on passe un peu le sujet qu'il voulait aborder. Mais ce n'est pas contre lui. C'est vraiment parce qu'on manque un peu de temps. Heureusement, ils comprennent quand on explique bien les choses et qu'on leur dit, dès leur arrivée, qu'on leur explique bien comment ça va se passer. Pourquoi, des fois, ils vont avoir l'impression qu'on n'est pas là, alors qu'en fait, on ne les a pas du tout oubliés, j'explique tout ça dès le début. En général, c'est bien compris, mais il y a toujours des personnes avec qui ça peut compliquer.

L : Mais oui, ça répond un peu à ma question qui était dans quelle mesure le temps influe-t-il à votre prise en soin du patient en ambulatoire ?

IDE 1 : Eh bien malheureusement, des fois, on accélère un peu le mouvement, donc on essaye de pas brusquer les patients, même si parfois, ils nous le disent, on a l'impression d'être un peu brusqué

Alors après ça, ça dépend des personnes. Il y a des gens. Ils vont vous dire qu'ils sont sur pied alors que nous, on les fait ralentir un peu. Et à l'inverse, il y a des gens, on va les remettre sur pied rapidement et les faire marcher. Et oui, ils vont me dire non. Moi, je resterais bien dans le lit, pas trop vite. Et oui, c'est vrai, on est tout le temps pris par le temps. C'est le temps qui passe. On regarde l'heure qui va passer. Oui, c'est compliqué, ce n'est pas toujours facile et ce n'est pas facile. Parce qu'au niveau de ce que vous ressentez déjà, parce qu'effectivement, quand tu fais un soin et que tu veux dire à ton patient « Désolé, faut que j'aille plus vite. Je n'ai pas le temps de répondre à vos questions. Pas creuser ou parler de la pluie et du beau temps avec vous, peu importe. » C'est vrai que oui, c'est frustrant. Envie de faire plus, envie de leur donner un peu plus de temps, plus de compassion, plus de ça dépend ce qu'ils veulent, mais on a envie de leur donner tout ça et on ne peut pas toujours.

Il y a des jours où c'est plus calme. Il y a des jours où on sent effectivement la différence quand on a une journée à moitié moins de patients que la veille. En général, on a quand même plus le temps de leur donner du temps.

L : Justement, par rapport à la relation soignant soigné. Pour vous, quelles sont les particularités de la relation soignant soigné en ambulatoire ?

IDE 1 : C'est compliqué parce que c'est des gens qu'on voit que sur une courte durée et qu'on voit quand on est infirmier du matin, on va aller voir le matin, on va les accueillir.

On va ensuite leur expliquer le déroulement de la journée. On va les lâcher. Donc là, ils sont pris par le bloc. Ils sont pris par d'autres professionnels. On est là pendant 4, 5 heures. Certains, puis on les voit revenir. Ça dure. En fait, l'accueil dure environ un petit quart d'heure. Le retour, on va dire qu'on les voit cinq, dix minutes, deux fois. Donc, si on compte, ça nous fait 20 minutes de plus. On va dire 30 minutes en tout et pour tout. Dans une journée, c'est peu. Et malgré tout ce temps qui est assez court, il faut qu'on réussisse à lui faire comprendre qu'on est là pour lui. On est à l'écoute qu'on fait passer des messages. On dit messages autant paramédicaux dans le sens où il faut qu'il y fasse les surveillants comme ça. Et aussi, on écoute ce qu'ils ont à nous dire. C'est vrai que ce n'est pas évident.

Ce n'est pas évident. Et après les infirmiers d'après-midi, c'est encore plus différent parce qu'il arrive même s'il y a des entrées dans l'après-midi. On va partir du fait que le patient est arrivé le matin, qu'il est au Bloc et donc il arrive. Le patient va arriver dans l'après-midi pour son poste et donc il n'a pas fait l'accueil du patient. Ils ne se connaissent ni d'Ève ni d'Adam et il faut s'occuper de ce patient qui va sortir dans l'heure à la demi-heure, qui va suivre. Donc, c'est vrai, c'est très court pour réussir à créer un lien avec le patient. C'est très court et en même temps, c'est court, mais intense. Des fois, on a des gens qui, au bout d'une journée on va avoir passé une demi-heure avec eux, vont nous dire merci pour tout. Merci pour cette journée super bien écouté, alors que nous, des fois, on a l'impression d'avoir été à côté de la plaque. Mais maintenant, c'est les gens qui, du coup, ça fait plaisir. On se dit même si j'ai passé une petite demi-heure dans la journée, ça les à marquer. Ils ont été contents de la prise en soins que j'ai apportée. Et ça, c'est nous qui en sommes complètement le maître. C'est en fonction de ce que nous, on veut donner aux gens. La plupart du temps, ils le perçoivent quand même de la bonne. Chaque professionnel est différent, mais en général, les gens sont quand même plutôt satisfaits, même s'il y a plusieurs acteurs. On ne les voit pas forcément. Pas forcément. À la fin, ils seraient souvent contents de leur journée et ils se sentent écoutés, bien pris en soin. Et puis, ils ont l'impression qu'on a fait ça, bien moins qu'on a été là pour nous.

L : Et qu'est-ce que vous mettez en priorité dans la relation soignante soigné ? Quand vous dites que c'est un peu compliqué ? En si peu de temps, c'est quoi du coup la priorité ?

IDE 1 : Après, on est tous différents. Il y a des gens la priorité, ça va être que les médicaments soient bien pris, que tout soit bien fait, comme l'anesthésiste l'a dit. C'est aussi très important, mais pour moi, ce qui est le plus important, c'est vraiment de me dire que mon patient a eu l'impression d'être écouté et d'avoir pris le temps de l'écouter. Qu'ils se disent « Ah bon, bah, je suis tombé sur quelqu'un qui m'a écouté. Ça a été sympa avec moi qui ne m'a pas juste balloté comme un numéro 22 après avoir le 23 et 24. »

Et je pense que c'est vraiment le temps afin de donner aux patients l'impression d'avoir eu du temps pour lui. Je pense que ce qui est pour moi le plus important et pour beaucoup de personnes dans le service d'ici. Le plus important puisque on fait du soin, mais on fait aussi de l'humain. Donc, même si des fois, on a l'impression que c'est à la chaîne et que les gens ont aussi cette impression là parce qu'ils arrivent dans la salle d'attente, il y a déjà 15 personnes avec 15 accompagnants. C'est le boxon si on peut dire, et c'est tout ça, c'est un gros côté humain. Et il faut, il faut. C'est important. Moi, c'est ce que j'essaye de mettre en place le plus possible tous les jours, même si des fois, c'est fatigant. Des fois, on n'en a pas très envie. On est blasé.

Heureusement, je suis peut-être blasé au bout de six mois. Mais c'est vrai que des fois, on voit certains soignants qui ont moins l'envie. Mais pourtant, ils se font un peu violence et on donne du temps aux patients. Il y en a besoin, on y va et tant pis. On prend un peu de retard sur le reste de la journée, mais on s'y retrouve quand les personnes ressortent depuis qu'elles nous disent « merci pour l'écoute. Merci pour l'accueil » mais ce n'est pas évident. Il y a toujours des fois où on n'est pas satisfait de nous et malheureusement, on n'arrive pas toujours à faire comme on veut à cent pour cent.

Donc, il y a des gens qui nous disent merci. Même si la journée a été compliquée la journée, j'ai attendu. C'est bon.

L : Cette frustration qu'on peut avoir, lorsque l'on n'a pas l'impression d'avoir une bonne relation avec le patient, est-ce que tu l'as ressentie avant dans d'autres services ?

IDE 1 : J'étais en médecine polyvalente.

L : Est-ce que vous trouvez qu'on peut avoir ça, par exemple, dans des services plutôt classiques comme la médecine polyvalente ?

IDE 1 : Moi, la différence, c'est que j'étais de nuit. Malgré tout, c'est des patients qui, pour faire la comparaison, restait longtemps. Pour certains 4, 5 jours. Pour d'autres 2, 3 semaines, un mois des fois. Mais du coup, on n'a plus le temps de créer quelque chose avec la personne. On a des jours, des heures devant nous, on repasse tous les soirs, on voit tout le temps cette personne qui apprend à nous connaître. On apprend à connaître aussi la personne et du coup on va peut-être moins vite.

En fait, on crée, je pense, peut-être plus de choses, mais pas tant que ça. C'est juste qu'on va moins vite dans la façon dont on va apprendre à connaître la personne. Je pense que c'est différent et au final, si on compare, quand un patient sort en ambulatoire et qu'on le voit pour sa sortie, et un patient qui sort au bout d'un mois, on a toujours le même merci, je pense. Alors il est différent parce qu'on ne vient pas pour la même chose. Mais je pense qu'on arrive à peu près au même but, c'est à dire qu'on a créé ce lien de confiance. On a créé ce sentiment que le patient a été bien dorloté. Après, c'est sûr que quand on voit les gens tout le temps, tous les jours, il y a le côté, comme on appelle ça ... L'habitude, l'habitude que les gens nous voient. Donc, on est presque des ... voilà. Il va arriver à telle heure, pas en ambulatoire, parce qu'on les voit qu'une journée. Mais à la fin, ils sont quand même l'un et l'autre contents.

L : Vous avez l'impression qu'il y a un peu le même côté relationnel qui s'est mise en place ?

IDA 1 : Je pense, oui. Après, voilà, ce n'est pas la même relation, parce qu'elle est forcément un petit peu différent. Mais je pense que ce que peut ressentir le patient. Si on prend vraiment les mêmes soignants, qu'on les met dans les deux secteurs. Je pense qu'on arrive à peu près au même résultat.

L : Ma dernière question par rapport au temps de la prise en charge.

Pour vous, est ce qu'il y a des moments qui permettent la mise en place de la relation soignant soigné en ambulatoire et en quoi ils sont propices à cette mise en place de la relation ?

IDE 1 : Les moments qu'on peut avoir, c'est ... Il y a trois moments où on voit le patient. C'est à son entrée. Ensuite, c'est quand on fait les tours de surveillance et ensuite, c'est à sa sortie. Sur ces trois moment-là, ce n'est quand même pas beaucoup de temps. Comme je disais, ça fait à peu près une demi-heure.

À l'entrée, on est pressé parce que ça afflue dans la salle d'attente et qu'on sait que la pile de dossiers qui s'accumulent. Ensuite, quand on fait prise de constantes et qu'on vérifie que tout va bien, c'est pareil. On voit le nombre de dossiers, des retours de patients qui s'accumulent aussi à son tour. Et pour la sortie, c'est pareil. On a tous les chirurgiens qui arrivent d'un coup, tous les patients qui veulent partir le plus vite possible.

Je pense que l'entrée et la sortie, ce ne sont pas forcément des moments hyper propices parce que les gens, quand ils arrivent, ils sont stressés. Ils ont toutes l'anxiété de la nuit des jours d'avant où ils se sont questionnés. Comment va être le service qui va m'accueillir ? Comment est-ce que je vais devoir me changer ? Je vais passer. Qu'est-ce que patati patata ? Peu importe. Ils ont tellement de questions que voilà, ils arrivent. C'est le jour J.

C'est le grand jour J pour certains d'ailleurs, et c'est difficile de voir ce temps-là comme un vrai temps ou on peut créer quelque chose, même si c'est l'amorce en fait. Là, on amorce quelque chose. Alors même si on n'a pas l'impression d'avoir le retour du patient à ce moment-là, qu'on a l'impression qu'il est très froid ou qu'il ne répond pas forcément, on essaie de faire deux ou trois blagues. Ça arrive ou pas du tout.

Bon, parfois ...y reviendrai après. Donc là, j'ai parlé de l'entrée et donc la sortie... Souvent, les patients, ils sont pressés, ils veulent partir. Ils ont pour certains, passé plusieurs longues heures, des dizaines d'heures. Des fois, ils arrivent à 6 heures du matin et ils repartent à 19 heures. C'est très long pour certains. Et le soir, clairement, même s'ils nous disent un grand merci et c'était super. Ils ont envie de partir et on les comprend.

On n'a qu'une envie, c'est qu'eux aussi, ils partent pour rentrer chez eux. Il y en a ils ont des fois une heure, deux heures de route. Ce n'est pas forcément le moment où on peut le plus se créer et continuer de créer. Surtout que c'est le moment où le patient s'en va. C'est plus là où on met un terme à notre relation. On sait qu'on ne se reverra sûrement pas, sauf certains qui me disent bien je reviens dans trois semaines pour la même opération de l'autre côté. Bon, là, on se dit à bientôt et on reste un petit peu sur notre clôture. On se dit à bientôt. Mais oui, sinon, on les laisse, on les laisse partir. Mais on sait que dans 80% des cas, on ne reverra pas forcément ... peut-être nos collègues, qui verront donc effectivement. Le temps du milieu, le temps où on fait les soins, je pense que c'est le temps où c'est le plus adéquate parce que comme je disais donc, on a fait une amorce à l'entrée du patient.

Et ce patient qui a été passé de main en main de professionnels en professionnel, qui a eu son intervention sous anesthésie générale locale. Tout ce qui peut se faire est passé peut-être en salle de réveil qui a encore vu beaucoup de monde, qui a revu un brancardier y revient et là, il voit une tête connue. Tiens, c'est l'infirmier ou la chaleur que j'ai vu ce matin. L'aide-soignante que j'ai croisé dans le couloir tout en partant, je me rappelle leur tête.

Bon, j'ai un souvenir, un vague souvenir. Parce qu'entre temps, il y a eu l'anesthésie générale. J'étais un peu shooté, mais j'ai un vague souvenir qu'il était sympa. Et là, on arrive à. On arrive à revenir sur ce qu'on a amorcé et en général. Du coup, les patients se libèrent un peu plus. Ils sont fatigués. Des fois, ils ont mal, mais on sent qu'il y a un lien et c'est à ce moment-là qu'on sent le lien qui s'est créé, en fait.

Il y en a avec qui on n'arrive pas à créer de lien. On n'est pas parfait. Il y en a, je pense qu'ils ne veulent pas aussi créer le lien. Ils n'ont pas envie. Là, on respecte ça.

Et c'est à ce moment-là, je pense, où on le sent le plus. C'est on arrive dans la chambre tout de suite.

On a un sourire « Ah vous. Je vous ai vu ce matin ? » Ou à l'inverse, on a à peine un bonjour, un sourire, à peine un regard très froid. Donc là, on se dit bon bah, soit mon amorce n'a pas fonctionné, soit ça aurait été moi ou un autre. C'était pareil. On ne saura pas ... mystère. Mais à ce moment-là, il est quand même bien propice. Un moment où on a fait notre soin déjà, surtout quand le patient va mal.

Et puis qu'on répond à sa demande quand le patient nous dit « est ce que ça s'est bien passé ? » Il y a toute cette anxiété qui est un peu partie. C'est le moment où on a rassuré, on souffle. C'est fini. L'intervention est faite. Il retrouve ses proches dans la chambre. Donc oui, c'est un moment qui est bien propice pour recréer une relation. Enrichir la relation qu'on a amorcée avec l'entrée, avec l'entrée. Et puis après, ça se poursuit jusqu'à la sortie. Mais la sortie, comme je disais, c'est

tellement rapide que ça conclut un peu ce qu'on a pu mettre en place au long de la journée et qu'on a perçu du coup lors de la phase de constante. À la sortie, il y en a qui nous disent merci. Peu importe, ceux qui nous ont fait de grands sourires, nous ont paru attraper ce lien qu'on voulait créer avec eux. Eh bien, eux, ils nous disent un grand merci.

En général, c'est eux qui vont mettre sur les questionnaires de satisfaction que la journée était plaisante malgré l'attente, que les soignants étaient à leur écoute, qu'ils étaient là pour répondre à leurs besoins. Voilà donc vraiment la relation soignante soigné en ambulatoire ça permet une grande amélioration pour la journée du patient. Parce que c'est vrai que la journée est compliquée en ambulatoire, dans le sens où le patient va attendre malheureusement très longtemps, trop longtemps.

Pour certains, il y a déjà la phase d'attente au moment même où ils arrivent dans le service. Bon, voilà, il attend qu'on aille le chercher. Ensuite, on est allé chercher. Il va attendre dans la chambre que le brancardier vienne le chercher. Le brancardier l'emmène. Il va attendre aux portes du Bloc parce qu'ils ont pris un peu de retard ou parce qu'ils ont fait bien plus tôt. Ensuite, ils arrivent au Bloc. Bon, voilà, c'est là c'est la libération. Il a l'impression que tout va aller plus vite. Et puis, en fait, il revient dans la chambre. Et là, on va lui dire qu'il faut qu'ils attendent encore que le chirurgien arrive. Donc le chirurgien. Malheureusement, il n'est pas disponible tout le temps. Il arrive que trois à quatre heures après, et on lui dit « Attendez, il faut encore que je vous donne les papiers de sortie. »

Donc, c'est assez compliqué parce qu'on leur fait tellement attendre que ben, on comprend qu'ils soient excédés, certains, et que, du coup, il n'a plus envie de nous croire. C'est vrai que nous, on apporte bien autre chose. On essaye de les faire rigoler, faire passer le temps, on essaye de tuer, justement cette attente qui, pour certains, est mortelle. Ils ont l'impression de perdre tellement de leur journée. Pour rien. En fait, une journée, quand on réfléchit, ils vont passer une journée sur le canapé. Pour autant, quand ils vont à l'hôpital à attendre, c'est la fin du monde et on les comprend clairement.

On sera à leur place, on trouverait ça très long aussi, mais on essaye de leur apporter justement ces petites choses, en plus de l'écoute de tout ce dont ils ont besoin. Comme je disais tout à l'heure et justement, ça améliore un peu cette prise en soins compliquée. Et puis, en plus de l'attente, il y a aussi des fois des frustrations dans le sens où, des fois, l'intervention ne fonctionne pas. Ils sont tombés sur « un brancardier qui n'était pas très rigolo, le chirurgien rigolait aux consultations, là il était vachement plus concentré. Je n'ai pas compris. » Voilà. Donc on essaye de mettre un peu de douceur là-dedans.

L : En tout cas, merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions

M : mais avec plaisir

III. Entretien n°2

L : Donc, dans le cadre d'un mémoire de fin d'études qui portent sur la temporalité en ambulatoire et de la relation soignant soigné, j'ai rédigé un entretien qui me permettra d'approfondir mon raisonnement. Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ?

IDE 2 : Alors je suis J. Glo. Je suis infirmière en ambulatoire depuis trois ans. Voilà, ça fait. Ça va faire 16 ans que je travaille comme infirmière sur le CHU

L : Quel est votre parcours ?

IDE 2 : Alors j'ai fait ... J'ai commencé principalement en pédiatrie néonatale. J'ai fait un petit peu le pool pédiatrique. Après, j'ai fait de la gériatrie. J'ai fait cinq ans en neurochirurgie et depuis, un tout petit peu de nutrition. Et puis l'ambulatoire.

L : Ma première question, c'est pour un infirmier quelles sont les spécificités de l'ambulatoire spécifiques de l'ambulatoire ?

IDE 2 : C'est la prise en charge d'un patient de son arrivée jusqu'à la sortie. Et tout ça se fait sur un temps court d'une demi-journée ou d'une journée complète. Comment, Quel que soit le type d'anesthésie, les patients sont hospitalisés. Si jamais il y a des complications comme les complications chirurgicales ou en lien avec l'anesthésie. Mais la grande majorité des patients rentrent le matin ou l'après-midi et ressortent dans la journée.

L : Et au niveau de ton organisation, est ce que c'est la différence ? La manière dont tu organise tes soins est différente en ambulatoire que dans d'autres services plus traditionnels ?

IDE 2 : On va dire oui. En fait, en ambulatoire, c'est quand même pas mal de la gestion de flux patients, c'est à dire qu'il y a quand même une quantité de patients qui entrent et qui sortent beaucoup plus importante que dans les services traditionnels. Mais à côté de ça, on a également des soins qu'il n'y a pas dans les services. Les patients arrivent, pour la grande majorité, ont déjà fait leurs douches, ce sont des patients autonomes. Déjà, tout ce qui est toilette, aide à la toilette, il n'y a pas. Des patients qui vont se faire opérer les soins pour de réfection de pansement sont minimales puisqu'on nous refait que très peu des pansements post-opératoires immédiats. Les soins techniques comme les pauses de perfusion sont faits en salle de réveil, donc ça nous permet

de voir un volume patient plus important que dans les services traditionnels, où il y a beaucoup de soins qui se rajoutent à côté. Une organisation qui est probablement plus ritualisée.

L : Ma question ensuite, c'est, d'après Michèle Guimelchain-Bonnet, psychologue à Paris, dans l'article de la revue Soins, qui porte sur la temporalité à l'hôpital. Il dit qu'à « l'inverse des patients, les soignants ont souvent l'impression de manquer de temps. » qu'en penses-tu?

IDE 2 : Alors oui, il y a des fois, on se sent un petit peu frustré, notamment quand ce sont des grosses journées où on a l'impression de peu accorder du temps aux patients. Parce qu'en effet, il faut qu'on aille vite. Mais on s'aperçoit finalement que ce n'est pas forcément le temps comme on l'entend, le nombre de minutes passées avec le patient qui va faire la qualité de la relation, puisqu'on peut très bien ... J'ai vu des gens me remercier alors que moi, j'avais l'impression d'avoir passé dix minutes de ma journée avec eux. Mais au final, ça devait être un temps de qualité. Et voilà. Donc, en effet, il faut, il faut réussir, à se dire qu'il faut essayer de donner un maximum de qualité ou peu de temps qu'on a alors accordé.

Je pense qu'il faut d'emblée enfin ... En tout cas, moi, à titre personnel, je me présente à chaque fois. Je vous donne mon prénom et ma fonction. C'est important. Comme ça les patients savent déjà avec qui se situe et alors ça ne fonctionne pas tout le temps. Mais j'essaie aussi de passer par l'humour, notamment avec les enfants, puisque nous, on accueille des enfants. Je leur laisse aussi le temps de s'habituer à moi, c'est à dire que je leur dis je vais d'abord poser des questions à papa maman et ensuite on verra ensemble. Alors, il y a des enfants qui ont besoin de temps, d'autres beaucoup moins. Mais on essaye de leur laisser ce temps là pour au moins s'habituer à nous, dans un lieu qui n'est pas connu, avec des personnes pas connues, on est en tenue blanche, ça peut ça peut être effrayant, notamment pour les enfants et puis pour les adultes. On essaye de les mettre en confiance et on, on leur explique comment va se dérouler la journée parce que je pense que c'est important de savoir les tenants et les aboutissants de la journée pour mieux appréhender la suite des événements.

L : Et dans quelle mesure le temps influe-t-il votre prise en soin d'un patient en ambulatoire ?

IDE 2 : Alors, globalement, on sait que les gens, on les reverra sur des temps assez courts. Il y a des fois, c'est vrai que si le temps le permet ou si on voit qu'il y a vraiment besoin, on prend quand même ce temps-là. Alors ce n'est pas toujours possible et ce qui peut être frustrant pour le soignant et pour le patient. Mais on essaye quand même de comment ... d'essayer de d'échelonner et de prendre en compte le temps dont le patient a besoin. Parce qu'il y a des gens

qui seront en confiance tout de suite, d'autres beaucoup moins, comme des enfants qui viendront vers nous tout de suite et d'autres plus lentement. Donc voilà, c'est vrai que on essaye de donner du temps au temps.

L : Et puis, en fonction aussi du patient et de comment est-ce qu'il ressent son hospitalisation.

IDE 2 : En effet il y a des gens, il n'y aura pas besoin de rester une demi-heure à discuter avec lui. Ils arriveront déjà plutôt détendus. Et un sourire et un bonjour ...

L : Et quelles sont les particularités de la relation soignant soigné en ambulatoire ?

IDE 2 : Allez vraiment sur un temps court et qui peut être stressant pour les patients et les accompagnants et les familles parce que ça reste un temps interventionnel. Donc, il y a également un temps où la personne qui accompagne, notamment les parents, sont sans leurs enfants. Et du coup, c'est vrai que c'est un temps qui passe, c'est là où, des fois, on a l'impression que le temps passe vite. Le temps passe plus lentement selon que dans quel état on est Le temps ne passe pas de la même façon, comme ... comme le temps qu'on peut accorder. Et on a l'impression des fois que c'est très court. Mais finalement, c'est du temps de qualité. Et le ressentie des proches aussi.

L : Vous pensez que la relation soignante soigné, elle passe aussi par la mise en confiance du proche ? Parce que souvent, ils sont accompagnés.

IDE 2 : Bah oui, ici principalement, c'est les parents. De toute façon, tout ce qui est vérification et tout ça se fait avec les parents. Donc on est tous, tout le monde doit coopérer. Si le parent est stressé ou involontairement, il le transmettra, ce stress-là aux enfants. Et c'est vrai que le temps qu'on accorde à l'enfant est très important. Le temps qu'on accorde aux parents est aussi très important puisqu'ils vivent aussi dans le stress de l'intervention de quelque chose qui, eux, ne maîtrise pas puisque ce n'est pas eux qui font le geste. Donc, c'est important de dire aux parents aussi qu'ils peuvent revenir vers nous pour savoir, pour avoir des nouvelles. Non, puisqu'on n'en a pas, mais au moins savoir où en est. De l'intervention. Et tout ça, il faut qu'il sache que ce n'est pas parce qu'on les a vu juste un temps à l'entrée qu'ils ne peuvent pas revenir vers nous pour avoir des infos complémentaires et non sur des questions en tête.

L : Il y a la relation soignante soigné. À côté de ça, il y a aussi la relation de confiance. Et peut-être qu'avec les enfants de cette relation de confiance est plus importante, plus nécessaire qu'avec les adultes ?

IDE 2 : Alors, ça dépend vraiment des enfants. Il y a des enfants, c'est ça qui, spontanément, vont venir vers nous pouvons être confiants, vont être détendus, vont accepter les soins et d'autres non.

Enfin, relaxer, c'est vraiment comme les adultes, ça dépendants et aussi enfants dépendants puisque les enfants n'ont pas les filtres que les adultes peuvent se mettre, c'est à dire qu'un enfant ou un adulte va pouvoir se raisonner en disant de toute façon, il faut prendre ma tension. Voilà un enfant. S'il ne veut pas, ça va être compliqué. On use de détournement ... de détournement d'attention. Voilà en utilisant des jouets. Ça marche sur certains, pas d'autre. Mais ça peut avoir un petit côté ludique qui aide à commencer. Voilà, c'est ça l'acceptation de la contrainte d'être, d'être là.

L : Ensuite pour vous, y-a-t-il des moments qui permettent la mise en place de la relation soignant soigné en ambulatoire ... à l'entrée ?

IDE 2 : Oui. L'entrée ... sur l'entrée y est également ... nous fonctionne avec des appels la veille pour la plupart des patients. Peut aider à entrer en confiance, mais ce n'est pas forcément la même personne qui va faire les appels la veille et qui va recevoir. Vraiment, c'est l'accueil du patient en fait. Alors des fois aussi, les patients sont tellement stressés avant, qu'ils sont très hermétiques à l'entrée et une fois que l'intervention est terminée, se détend beaucoup plus. Et là, la relation peut être approfondie, mais vraiment, l'accueil est le moment fondamental pour mettre en place une relation. Et puis, des fois, ils partent au Bloc.

C'est un soignant, ils reviennent, c'est un autre soignant, il faut chercher de l'équilibre. Donc voilà. Oui.

Et donc là, pour la mise en place de la relation soignant soigné, c'est plus au moment des surveillances où ça va s'établir et on va avoir la recherche de la mise en place. Oui, oui. Après, c'est vrai que je pense qu'il n'y a pas vraiment que l'entrées, mais ça peut aussi être dans le couloir quand on recroise les gens, a un sourire, on dit « comment ça va ? » Si ça peut être plus informel que l'accueil des gens, rien que je pense déjà à accueillir les gens avec le sourire. Et voilà, c'est déjà un plus dans le prendre en soins, ça compte aussi. Leur stress ... Quand je vois des gens arriver avec la mâchoire serrée, je leur dis comment « ça va ? Je suis avec la phrase « ça va comme un jour, on se fait opérer. » Et dans ces cas-là, généralement, ils ont la même

réaction que toi, ils ont un petit sourire. Et du coup, ça leur donne ... Ça valide le fait que nous avons le droit d'être stressés. Donc, dans la compréhension et voilà, c'est ça dans l'accompagnement, dans l'empathie.

L : D'accord. En tout cas, merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions

IV. Tableaux d'analyse

Objet : Ambulatoire	
Objectif	Mettre en évidence les spécificités d'un service en ambulatoire d'un point de vue IDE
Corpus	Réponse à la question n°1

	Les compétences relationnelles	Qualités	Organisation	Missions
Ide1	Être capable de parler de la pluie et du beau temps. Puis de leur parler de leur pathologie.	Adaptable Polyvalent	Tu vas avoir des patients qui vont arriver pour une chose, dix minutes après, tu verras les patients qui vont arriver pour autre chose. Être toujours un peu partout	
Ide 2			Voir un volume patient plus important que dans les services traditionnels, où il y a beaucoup de soins qui s'ajoutent à côté. Organisation qui est plus ritualisée	Prise en charge d'un patient de son arrivée jusqu'à la sortie Gestion des flux de patients

Objet : La temporalité	
Objectif	Connaître le ressenti du soignant par rapport au temps Connaître l'influence du temps sur la prise en charge du patient
Corpus	Réponse à la question n°2 et n°3

	Ressenti des soignants	
	Le temps	Impression des patients
Ide 1	<p>On manque cruellement de temps</p> <p>C'est tout le temps la course</p> <p>On ne s'ennuie jamais</p> <p>On ne s'arrête jamais</p> <p>Quand tu fais un soin et que tu veux dire à ton patient « Désolé, faut que j'aille plus vite. Je n'ai pas le temps de répondre à vos questions. Pas creuser ou parler de la pluie et du beau temps avec vous, peu importe. » C'est vrai que oui, c'est frustrant. Envie de faire plus, envie de leur donner un peu plus de temps, plus de compassion, ça dépend ce qu'ils veulent, mais on a envie de leur donner tout ça et on ne peut pas toujours.</p>	<p>Les patients ont l'impression qu'on les oublie.</p> <p>Impression d'être seul</p> <p>Génère du stress et de l'inquiétude</p> <p>Ils vont avoir l'impression qu'on n'est pas là</p> <p>Ils nous le disent, on a l'impression d'être un peu brusqués</p> <p>Il y a des gens. Ils vont vous dire qu'ils sont sur pied alors que nous, on les fait ralentir un peu. Et à l'inverse, il y a des gens, on va les remettre sur pied rapidement et les faire marcher.</p>
Ide 2	<p>Il y a des fois où on se sent un peu stressé</p> <p>On a l'impression de ne pas accorder de temps au patient</p> <p>On s'aperçoit finalement que ce n'est pas forcément le temps comme on l'entend, le nombre de minutes passées avec le patient, qui va faire la qualité de la relation</p> <p>J'avais l'impression d'avoir passé dix minutes de ma journée avec eux. Mais au final, ça devait être un temps de qualité.</p> <p>Alors ce n'est pas toujours possible, ce qui peut être frustrant pour le soignant et pour le patient.</p>	<p>J'ai vu des gens me remercier</p>

Objet : Temporalité	
Objectif	Mettre en évidence les moments-clés dans la prise en soins en ambulatoire
Corpus	Réponse à la question n°5

	Le temps	Les moments de la prise en charge		
		Entrée	Surveillances	Sortie
Ide 1	Cela fait à peu près une demi-heure	On est pressé parce que ça afflue dans la salle d'attente	Quand on fait prise de constantes et qu'on vérifie que tout va bien, c'est pareil. On voit le nombre de dossiers, des retours de patients qui s'accumulent aussi à son tour.	Et pour la sortie, c'est pareil. On a tous les chirurgiens qui arrivent d'un coup, tous les patients qui veulent partir le plus vite possible. Souvent, les patients, ils sont pressés, ils veulent partir. Ils ont, pour certains, passé plusieurs longues heures, des dizaines d'heures.
Ide 2		Vraiment, c'est l'accueil du patient en fait. Alors des fois aussi, les patients sont tellement stressés avant, qu'ils sont très hermétiques à l'entrée	Une fois que l'intervention est terminée, se détend beaucoup plus. Et là, la relation peut être approfondie Et donc là, pour la mise	

		<p>L'accueil est le moment fondamental pour mettre en place une relation</p> <p>Après, c'est vrai que je pense qu'il n'y a pas vraiment que l'entrée, mais ça peut aussi être dans le couloir quand on recroise les gens, on a un sourire, on dit « comment ça va ? » Si ça peut être plus informel que l'accueil des gens, rien que je pense déjà à accueillir les gens avec le sourire.</p> <p>Quand je vois des gens arriver avec la mâchoire serrée, je leur dis comment « ça va ? Je suis avec la phrase « ça va comme un jour, on se fait opérer. » Et dans ces cas-là, généralement, ils ont la même réaction que toi. Ils ont un</p>	<p>en place de la relation soignant soigné, c'est plus au moment des surveillances où ça va s'établir et où on va avoir la recherche de la mise en place</p>	
--	--	--	--	--

		<p>petit sourire. Et du coup, ça leur donne ... Ça valide le fait que nous avons le droit d'être stressés. Donc, dans la compréhensi on et voilà, c'est ça dans l'accompagne ment, dans l'empathie.</p>		
--	--	---	--	--

Objet : Temporalité	
Objectif	Mettre en évidence les moments-clés dans la prise en soins en ambulatoire
Corpus	Réponse à la question n°5

	Les moments de la prise en charge		
	Entrée	Surveillances	Sortie
Ide 1	<p>On est pressé parce que ça afflue dans la salle d'attente</p> <p>Quand ils arrivent, ils sont stressés</p> <p>C'est difficile de voir ce temps-là comme un vrai temps où on peut créer quelque chose, même si c'est l'amorce en fait.</p> <p>Là, on amorce quelque chose.</p>	<p>Quand on fait prise de constantes et qu'on vérifie que tout va bien, c'est pareil. On voit le nombre de dossiers, des retours de patients qui s'accumulent aussi à son tour.</p> <p>Mais on sent qu'il y a un lien, et c'est à ce moment-là qu'on sent le lien qui s'est créé, en fait.</p> <p>Mais à ce moment-là, il est quand même bien propice.</p>	<p>Et pour la sortie, c'est pareil. On a tous les chirurgiens qui arrivent d'un coup, tous les patients qui veulent partir le plus vite possible.</p> <p>Souvent, les patients, ils sont pressés, ils veulent partir. Ils ont, pour certains, passé plusieurs longues heures, des dizaines d'heures. C'est tellement rapide que ça conclut un peu ce qu'on a pu mettre</p>

		<p>C'est le moment où on a rassuré, on souffle. C'est fini. L'intervention est faite. Il retrouve ses proches dans la chambre. Donc oui, c'est un moment qui est bien propice pour recréer une relation. Enrichir la relation qu'on a amorcée avec l'entrée.</p>	<p>en place au long de la journée</p> <p>C'est plus là où on met un terme à notre relation.</p>
Ide 2	<p>Vraiment, c'est l'accueil du patient en fait. Alors des fois aussi, les patients sont tellement stressés avant, qu'ils sont très hermétiques à l'entrée</p> <p>L'accueil est le moment fondamental pour mettre en place une relation</p> <p>Après, c'est vrai que je pense qu'il n'y a pas vraiment que l'entrée, mais ça peut aussi être dans le couloir quand on recroise les gens, a un sourire, on dit « comment ça va ? » Si ça peut être plus informel que l'accueil des gens, rien que je pense déjà à accueillir les gens avec le sourire.</p>	<p>Une fois que l'intervention est terminée, il se détend beaucoup plus. Et là, la relation peut être approfondie</p> <p>Et donc là, pour la mise en place de la relation soignant soigné, c'est plus au moment des surveillances où ça va s'établir et où on va avoir la recherche de la mise en place</p>	

	<p>Quand je vois des gens arriver avec la mâchoire serrée, je leur dis comment « ça va ? Je suis avec la phrase « ça va comme un jour, on se fait opérer. » Et dans ces cas-là, généralement, ils ont la même réaction que toi, Ils ont un petit sourire. Et du coup, ça leur donne ... Ça valide le fait que nous avons le droit d'être stressés.</p> <p>Donc, dans la compréhension et voilà, c'est ça dans l'accompagnement, dans l'empathie.</p>		
--	--	--	--

Objet : La relation soignant-soigné	
Objectif	Connaître les particularités de la relation soignant-soigné en ambulatoire et quelles méthodes sont utilisées pour la mettre en place.
Corpus	Réponse à la question n°3, n°4 et n°5

	Actions mises en place pour le patient	Particularités	But de la relation de soin
Ide 1	<p>On accélère un peu le mouvement</p> <p>On essaye de ne pas</p>	Des gens qu'on ne voit que sur une courte durée	Me dire que mon patient a eu l'impression d'être écouté et d'avoir pris le temps de l'écouter

	<p>brusquer les patients</p> <p>On fait du soin, mais on fait aussi de l'humain.</p> <p>On prend un peu de retard sur le reste de la journée, mais on s'y retrouve quand les personnes ressortent puis qu'elles nous disent « Merci pour l'écoute. Merci pour l'accueil » mais ce n'est pas évident. Il y a toujours des fois où on n'est pas satisfait de nous et malheureusement, on n'arrive pas toujours à faire comme on veut à cent pour cent.</p> <p>On essaye de les faire rigoler, faire passer le temps, on essaye de tuer justement cette attente qui, pour certains, est mortelle.</p> <p>Mais on essaye de leur apporter justement ces petites choses, en plus de l'écoute et de tout ce dont ils ont besoin. Comme je disais tout à l'heure et justement, ça améliore un peu cette prise en soins compliquée.</p> <p>Donc on essaye de mettre un peu de</p>		<p>Lui faire comprendre qu'on est là pour lui</p> <p>On a créé ce lien de confiance.</p>
--	---	--	--

	douceur là-dedans.		
e 2	<p>Donc, c'est important de dire aux parents aussi qu'ils peuvent revenir vers nous pour savoir, pour avoir des nouvelles</p> <p>Il y a des gens, il n'y aura pas besoin de rester une demi-heure à discuter avec lui. Ils arriveront déjà plutôt détendus. Un sourire et un bonjour</p> <p>Et c'est vrai que le temps qu'on accorde à l'enfant est très important. Le temps qu'on accorde aux parents est aussi très important puisqu'ils vivent aussi dans le stress de l'intervention, de quelque chose qu'eux, ils ne maîtrisent pas puisque ce n'est pas eux qui font le geste.</p> <p>Donner du temps au temps.</p> <p>Il faut qu'il sache que ce n'est pas parce qu'on les a vus juste un temps à l'entrée qu'ils ne peuvent pas revenir vers nous pour avoir des infos complémentaires et non sur des questions en tête.</p>	<p>Le temps passe plus lentement selon l'état dans lequel on est. Le temps ne passe pas de la même façon, comme ... Comme le temps qu'on peut accorder. Et on a l'impression des fois que c'est très court</p>	Confiance

NOM : Dréano PRENOM : Laura

Title: The influence of temporality on the caregiver-patient relationship in ambulatory

Titre : L'influence de la temporalité sur la relation soignant-soigné en ambulatoire

Abstract: Nowadays, ambulatory is on the rise. This makes it an interesting topic to explore, especially from the nursing point of view. Indeed, during this particular care, especially in view of its speed, it may seem complex to set up a caregiver-patient relationship. However, this is at the heart of nursing the profession, and is part of her distinct role. I therefore ask myself the following initial question: To what extent can the temporality of ambulatory nursing care influence the care relationship? In order to get some food for thought on this question, I will first of all do some bibliographical research on theme of ambulatory care, time, and caregiver-patient relationship. Then, through interviews with ambulatory nurses, I will expend my research by analyzing the answers to questions according to their objectives. I will then compare and contrast the theatrical research and the analytical results of my interviews in order to broaden my reasoning. This analysis will lead to the following question: In witch way time optimization in ambulatory can improve the take care of patients?

Résumé : De nos jours, les prises en soin en ambulatoire ne font qu'augmenter. Cela en fait un sujet d'actualité intéressant à explorer notamment du point de vu infirmier. En effet, lors cette prise en soin particulière, notamment au vu de sa rapidité, il peut sembler complexe de mettre en place une relation soignant-soigné. Pourtant, cela est au cœur du métier infirmier, et fais partie de son rôle propre. Je me pose donc la question de départ suivante : Dans quelle mesure, la temporalité de la prise en soins infirmière en ambulatoire peut-elle influencer la relation de soin ? Pour avoir de piste de réflexion par rapport à cette question, je vais d'abords faire des recherches bibliographiques sur les thèmes de l'ambulatoire, le temps et la relation soignant-soigner. Ensuite, je vais réaliser des entretiens avec des infirmiers en ambulatoire. Et je vais comparer les recherches théoriques et le résultat d'analyse de mes entretiens afin d'élargir mon raisonnement. Grace à cela et à une discussion autour de mes résultats, je vais pouvoir poser une question finale qui est : Dans quelle mesure l'optimisation du temps en ambulatoire permet le prendre soin des patients ?

Keys words: Ambulatory / Caregiver-cared relationship / Temporality/ Nursing care / Distinct role

Mots clés : Ambulatoire/ Relation soignant-soigné/ Temporalité/ Prise en soins infirmière / Rôle propre

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DE PONTCHAILLOU
TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – PROMOTION 2017-2020

