



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

**L'impact de la connaissance du patient et de la durée d'hospitalisation sur la
relation soignant soigné**

Formateur référent :
Béatrice CHEREL

CORAIKY Léa
Formation infirmière
Promotion 2018-2021
10 mai 2021



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

**L'impact de la connaissance du patient et de la durée d'hospitalisation sur la
relation soignant soigné**

Formateur référent :
Béatrice CHEREL

CORAIRY Léa
Formation infirmière
Promotion 2018-2021
10 mai 2021



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études :
***L'impact de la connaissance du patient et de la durée d'hospitalisation sur la
relation soignant soigné***

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'Etat d'infirmier, 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 10 avril 2021

Identité et signature de l'étudiant : Léa CORAIRY

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^{er} : 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'Etat constitue un délit.

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'écriture de ce mémoire de près
comme de loin et plus particulièrement :

L'équipe pédagogique de l'IFSI de Pontchaillou qui nous a accompagnés tout au long de ces 3 ans.

Ma référente mémoire, pour le temps consacré au suivi de ce travail ainsi que ses nombreux conseils.

Ma référente pédagogique, pour son investissement et son soutien pendant la formation.

Ma famille, mes parents, et plus particulièrement ma mère pour son soutien, son écoute et ses
conseils avisés durant ces 3 années. De même pour ma sœur Anaëlle, qui m'a toujours encouragée et
donné le sourire dans les moments difficiles.

Mes amis de l'IFSI, à qui je n'ai pas assez dit merci pour tous ces moments de folies passés en leur
compagnie. Entre rires et larmes nous avons tout partagé et sommes restés soudés.

Mes amis de toujours, et plus particulièrement Pauline qui a toujours été à mes côtés et qui a su
m'épauler.

Les professionnels de santé rencontrés tout au long de ces 3 années, qui m'ont donné les clés pour
progresser et exercer ce métier qui m'est destiné.

A toi mon grand-père parti trop tôt, qui m'a transmis cette vocation de venir en aide aux autres et qui
serait si fier que je sois devenue infirmière.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DÉPART	2
CADRE CONCEPTUEL	5
1. Evolution de la prise en charge hospitalière	5
1.1 Un peu d'histoire	5
1.2 Cadre législatif	5
1.3 Vers une prise en charge de plus en plus courte	6
2. La durée de séjour	7
2.1 Définition	7
2.2 Le ressenti du soignant	8
2.3 Le ressenti du patient	8
3. Recueil de données	9
3.1 Définition	9
3.2 Moyens utilisés auprès du patient	9
3.2.1 L'observation	9
3.2.2 L'entretien	10
3.3 Autres sources d'information	11
3.3.1 Dossier du patient	11
3.3.2 Entourage	11
3.3.3 Equipe pluridisciplinaire	11
4. La relation soignant-soigné	12
4.1 Définition	12
4.2 La relation de confiance	12
4.3 La communication	13
4.3.1 Définition	13
4.3.2 La communication verbale	13
4.3.3 La communication non verbale	13
MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES	15
ANALYSE DESCRIPTIVE	17
DISCUSSION	22
CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	31
ANNEXES	33

“Le temps nous a rattrapés et nous impose de réfléchir à ses effets”

Jean Louis Fouchard

INTRODUCTION

Dans le cadre de mes études en soins infirmiers, je suis amenée à réaliser un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers. Ce mémoire a pour but de m'initier à un travail de recherche et ainsi, va me conduire à une posture réflexive sur notre future profession mais aussi sur le plan personnelle. Ces 3 années de formation ont été rythmées par l'alternance de période de cours théoriques et de périodes de stages pratiques, ce qui m'a amenée à développer des capacités de réflexion, d'analyse et de recherches et ce travail en est l'aboutissement.

Ayant fait plusieurs stages dans des services de très courte durée, j'ai pu constater une évolution de la relation soignant-soigné. J'ai été particulièrement interpellée par un point clef du métier d'infirmier et je souhaiterais profiter de ce mémoire pour mieux le comprendre et l'analyser. Il s'agit de la dimension «relationnelle» dans le métier d'infirmier. En effet, la relation est, selon moi, l'essentiel de la prise en charge et cela me tenait donc à cœur d'étudier celle-ci d'autant qu'elle a toujours suscité des questionnements pendant mes stages. J'ai constaté une réelle différence de relation que ce soit pour le soignant ou pour le soigné en fonction des services et surtout de la durée d'hospitalisation, il me semble intéressant d'étudier d'où vient cette différence.

Le thème central de ce mémoire sera articulé autour de l'impact de la connaissance du patient et de la durée de séjour du patient hospitalisé sur la relation soignant-soigné. Je vais rechercher les différences entre des services de longs séjours et de courts séjours. Je vais également réfléchir à l'impact de la durée dans une relation et, notamment, l'instauration de confiance entre le soignant et le soigné. Ces réflexions seront basées sur les fondements d'une relation soignant soigné.

Pour cela, je vais, tout d'abord, présenter les deux situations de départ et les questionnements qu'elles ont suscité.

Ensuite, j'exposerai le cadre conceptuel, constitué par les points de vue de différents auteurs. Puis, je poursuivrai avec la méthodologie de recueil de données accompagnée de l'analyse des entretiens afin d'étudier le point de vue des professionnels de santé. Et je terminerai enfin par la discussion, qui permet de confronter ma réflexion en tant qu'élève infirmière à ces différents points de vue de professionnels en exercice.

CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DÉPART

Situation d'appel n°1 :

Je suis étudiante infirmière en service de chirurgie ambulatoire gynécologique et pédiatrique.

Je travaille l'après-midi ce jour là et l'équipe du matin me transmet donc Mme D une jeune femme de 35 ans, partie au bloc ce matin pour une ponction d'ovocytes sous anesthésie générale en vue d'une FIV et qui vient juste de revenir de la salle de réveil.

En entrant dans la chambre, je salue la patiente et son mari et je me présente. Lorsque je m'approche du lit, je constate que la patiente pleure, situation que je n'avais pas prévue. D'instinct, j'ai voulu lui demander « pourquoi pleurez-vous ? » mais j'ai rapidement renoncé à cette idée de peur d'être trop intrusive dès le 1^{er} abord. De plus, j'allais côtoyer cette patiente quelques heures seulement dans sa vie, la probabilité qu'elle se confie à moi était j'imagine très faible. J'ai opté pour une question plus ouverte en demandant : comment allez-vous ? Elle me répond qu'elle va bien. Ce qui me perturbe puisqu'elle exprime verbalement le contraire de mes impressions et de ses pleurs.

Le fait que Mme ne semble pas vouloir se confier sur son état me met en difficulté à ce moment-là et je le prends un peu comme un « refus de soin », puisque le relationnel est une partie du soin. Je me ressaisis et recherche un allié auprès du mari qui reste impassible comme si rien ne se passait. Je décide donc de ne pas aller plus loin de peur de paraître trop indiscreète. Mais une fois lancée pour mettre le brassard du tensiomètre à Mme, je m'arrête car ça me paraît inconcevable d'effectuer un soin comme si de rien n'était alors que Mme semble ne pas aller bien. Je décide de reposer une 2^{ème} fois la question, « ça va ? » et me retrouve confrontée à la même réponse « oui ». A ce moment-là, un sentiment d'impuissance m'envahit, je ne comprends pas pourquoi Mme refuse de se confier. Je décide donc de lui prendre sa tension. Je finis par renoncer à comprendre la cause des larmes de Mme D et je décide donc de lui prendre sa tension, en lui souriant et en lui touchant tendrement l'épaule pour essayer d'instaurer un climat de confiance entre nous. Une heure après les conditions de sortie sont remplies Mme D rentre chez elle avec son mari.

Cette situation a suscité beaucoup de questionnements de mon côté. D'où vient cette retenue en moi ou cette peur de demander pourquoi cette patiente pleure ? Pourquoi je ne me sens pas intrusive lorsque je vis cette même situation dans un service de longue durée et pose sans difficulté la question de la raison des larmes sans me sentir intrusive ?

Le fait de savoir que cette patiente allait rentrer dans seulement quelques heures chez elle et qu'elle était juste de passage dans le service l'a-t-elle influencé dans sa communication avec les soignants ?

Le nombre restreint d'information sur le patient explique-t-il cette prise en charge moins personnalisée ? Le manque de temps consacré au patient en ambulatoire a-t-il influencé mon comportement ?

Situation d'appel N°2

Je suis étudiante infirmière au S3 et j'effectue mon stage dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) gériatrique. La durée d'hospitalisation dans ce service est de plusieurs semaines voire plusieurs mois.

Je prends en charge Mme S, 80 ans, qui est hospitalisée au SSR depuis plusieurs jours pour maintien à domicile difficile et baisse de la thymie. C'est ses enfants qui ont décidé de l'hospitaliser suite à des chutes répétées au domicile en attendant de trouver une place en EHPAD. De plus, ils veulent vendre la maison de Mme S.

Un matin, lorsque je rentre dans la chambre de Mme S pour lui donner ses médicaments, elle est encore dans son lit, elle vient de se réveiller. Je m'approche d'elle pour lui distribuer ses médicaments et lui demander si ça va, elle me répond un « oui » très discret emmitouflée dans ses draps. Connaissant la thymie actuelle de Mme S, je m'approche pour la regarder dans les yeux. Je constate qu'elle pleure, je lui demande alors : Pourquoi vous pleurez ? Vous voulez qu'on en parle ? Elle me répond « non je ne veux pas vous embêter avec mes problèmes ».

Je me mets alors à genoux pour capter son regard, je lui prends la main et lui demande : qu'est ce qui ne va pas ? Allez y je suis là pour vous écouter.

Mme S éclate en sanglot et me livre tout ce qu'elle a sur le cœur. Elle dit qu'elle ne veut plus vivre, qu'elle préférerait ne pas se réveiller, tous les matins c'est dur de devoir affronter une nouvelle journée. Elle dit qu'elle ne manquerait à personne et veut rejoindre son mari qui lui manque énormément. Connaissant son histoire de vie, je lui réponds : Mais si vos 2 enfants ont besoin de vous, ils vous aiment, nous aussi nous sommes là vous n'êtes pas seule. Elle répond que ses enfants veulent se débarrasser d'elle car ils veulent vendre la maison sans son accord et la placer en EHPAD. Je lui réponds alors qu'ils font ça pour son bien car les chutes répétées de Mme au domicile sont devenues trop dangereuses et cela inquiète ses enfants, ils veulent qu'elle soit en sécurité. Mme se détend légèrement et me confie alors qu'elle a adopté ses 2 enfants et me raconte tout le périple que cela a engendré. Elle se replonge alors dans son passé et je l'écoute attentivement captivée par son récit. Elle me raconte son ancien métier de professeur des écoles... Notre conversation a duré très longtemps. A la fin de la conversation, Mme S retrouve le sourire, me remercie énormément de l'avoir écoutée et que notre échange lui a fait le plus grand bien. Je lui rappelle que nous sommes disponibles et qu'elle peut nous appeler quand elle en ressent le besoin comme ce matin. Elle me

demande mon prénom et l'écrit sur son carnet pour le retenir et demander à me voir la prochaine fois qu'elle aura « un petit coup de mou ». Chaque matin suivant, lorsque j'allais voir Mme S pour lui distribuer ses médicaments j'étais très attentive à son humeur et son expression. J'engageais une petite discussion pour rendre ce moment difficile pour elle, en un moment plus doux. Et chaque matin, j'en apprenais un peu plus sur sa vie.

Cette situation vécue en SSR a fait écho à la situation vécue en chirurgie ambulatoire et a complété mon questionnement. Pourquoi dans cette situation je ne me suis posé aucune question avant de demander à Mme S la raison de ses larmes ? Le fait de connaître l'histoire de vie de Mme S a-t-il provoqué cette discussion ? Le fait de savoir que Mme S va rester plusieurs semaines dans le service a-t-il favorisé l'échange entre soignant- soigné ?

Par la suite, je me suis posé des questions plus générales :

En quoi l'organisation d'un service de longue durée est-il plus propice à une relation de confiance entre soignant- soigné ? L'instauration d'une relation soignant-soigné dépend-t-elle du lieu de prise en charge ? La durée d'hospitalisation a-t-elle un impact sur la relation soignant-soigné ? Les intentions des soignants sont-elles influencées par le temps de prise en charge ?

Enfin, après avoir exploré toutes mes interrogations, j'ai constaté que la durée d'hospitalisation revient régulièrement dans les réflexions mais il me semblait trop large d'aborder seulement ce facteur dans ma question de départ. En effet, la notion de connaissance du patient est aussi présente dans mes interrogations et la connaissance du patient semble dépendre de la durée d'hospitalisation donc suite à ces questionnement, j'en suis arrivée à cette question de départ:

EN QUOI LA CONNAISSANCE DU PATIENT, EN FONCTION DE LA DUREE DE SEJOUR, IMPACTE-T-ELLE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE ?

Cette question de départ soulève les notions de recueil de données, de la durée d'hospitalisation et donc de l'évolution des prises en charge hospitalières mais aussi une des notions les plus importantes selon moi qui est la notion de relation soignant soigné.

CADRE CONCEPTUEL

1. Evolution de la prise en charge hospitalière

1.1 Un peu d'histoire

Comme l'écrit Eric Franconnet dans son article « *Evolution de l'hôpital : toute une histoire* », les hôpitaux ont connu de nombreuses évolutions au cours des siècles. Au Moyen Age, ils étaient consacrés exclusivement à l'hébergement des personnes les plus pauvres et ceci en dehors des villes. C'est d'ailleurs l'église qui avait la gouvernance des hôpitaux. En 1662, Louis XIV exigea que soit construit un hôtel-Dieu ou hospice pour recevoir les malades et les pauvres de la société dans chaque ville importante.

C'est en 1796, lors de la Révolution française, que les hôpitaux sont municipalisés, mais ils seront étatisés seulement en 1941.

L'évolution hospitalière va ensuite être rythmée par de nombreuses lois, réformes et ordonnances que je vais aborder par la suite.

1.2 Cadre législatif

A partir de la moitié du XIX^e siècle, la législation va profondément s'attacher à une réforme de l'hôpital en mettant en avant sa mission de prodiguer des soins. La loi du 7 août 1851 dite « d'assistance publique » pose les premières pierres du service public hospitalier actuel.

A partir de 1970, les pouvoirs publics ont pour volonté d'effacer la mission hôtelière des hôpitaux qui a été bi-millénaire, pour recentrer ceux-ci sur les soins techniques. Cela va aboutir à la loi 91-748 du 31 Juillet 1991, dite de « réforme hospitalière » qui rappelle la globalité des missions incombant à un service public hospitalier.

Les ordonnances de 1996 marquent un tournant dans l'évolution hospitalière. Comme l'expose l'IRDES dans sa synthèse documentaire des " Réformes hospitalières en France", "son idée fondatrice repose sur la régionalisation du financement et de l'activité des établissements. Pour cela sont donc créées les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) qui associent l'Etat et l'assurance maladie.

L'objectif est de réduire les inégalités entre régions et entre établissements. Les moyens pour y parvenir sont : la responsabilisation et la contractualisation, la coordination entre établissements publics et la mise en place de procédures d'évaluation et d'accréditation."

Aujourd'hui, nous ne pouvons pas aborder le sujet du système hospitalier sans évoquer la Loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système hospitalier. Cette loi porte

essentiellement sur "l'affirmation des droits des malades tant à l'information médicale qu'au dédommagement de ceux qui ont à consulter un médecin".

Ensuite, nous pouvons aborder la loi Hôpital Patient Santé Territoires (HPST) de 2009. Elle a pour objectif de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Elle définit 14 missions de services publics, dont la permanence des soins. Suite à cette loi, les ARH ont laissé la place, le 1er avril 2010, aux Agences Régionales de Santé (ARS).

Le développement de la chirurgie ambulatoire ou « virage ambulatoire » est un axe fort de la stratégie nationale de santé et de la loi de modernisation de notre système de santé. En 1990, la chirurgie ambulatoire est d'abord interdite en France puis par la suite autorisée en 1992, et devient en 2009, une priorité nationale de santé publique. Il y a donc une volonté de réduire les durées d'hospitalisations et donc le coût des prises en charge, en concordance avec la mise en place de la T2A instaurée en 2004 qui rémunère les établissements en fonction de l'activité médicale qu'ils réalisent.

1.3 Vers une prise en charge de plus en plus courte

Comme vu précédemment, l'hospitalisation de courte durée voir de très courte durée est en plein essor. Comme l'explique l'article de Françoise Acker sur « Les reconfigurations du travail à l'hôpital » "L'accentuation de la diminution des séjours hospitaliers a été rendue possible grâce aux avancées des techniques médicales et chirurgicales (progrès de l'anesthésie, chirurgies moins invasives et requérant moins de soins postopératoires), grâce à la diversification et la multiplication de nouveaux dispositifs médicaux (pompes par exemple) et à la standardisation de certains traitements qui permettent de laisser sortir plus rapidement les patients."

C'est d'ailleurs, grâce à cette évolution que l'on a pu donner naissance à 2 nouveaux types d'hospitalisation qui sont l'ambulatoire et l'hospitalisation de semaine.

Comme l'explique le rapport "l'impact de l'accélération des prises en charge ambulatoire au sein de l'AP-HP sur les relations villes-hôpital" la chirurgie ambulatoire est définie "comme des actes chirurgicaux [...] programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention"

L'essor de ces unités de soins s'explique par de nombreux bénéfices attendus

- Moindre exposition aux infections nosocomiales (cinq à six fois moins d'infections sur site opératoire pour les patients ambulatoires par rapport à l'hospitalisation traditionnelle puisque l'exposition à ce risque augmente avec la durée de l'hospitalisation).

- De plus, l'utilisation de techniques mini-invasives, favorisée par la prise en charge en ambulatoire, diminue le risque d'infections du site opératoire.

- Par ailleurs, le risque thromboembolique apparaît extrêmement faible en chirurgie ambulatoire et serait inférieur à celui de la chirurgie conventionnelle.

Malgré ses bénéfices indéniables, le virage ambulatoire engendre une réduction du temps de séjour du patient et ainsi, limite l'attention aux problèmes personnels et sociaux du patient et l'aide à leur apporter, alors que cela constitue une dimension centrale des soins pour bon nombre d'infirmières.

2. La durée de séjour

2.1 Définition

Tout d'abord, rappelons ce que signifie la durée de séjour pour un patient hospitalisé.

Lorsqu'un patient est hospitalisé, que ce soit à l'hôpital public ou en clinique privée, la période d'hospitalisation s'appelle un « séjour ». Ce séjour comporte une date d'entrée et une date de sortie, qui définissent la durée du séjour.

Selon l'encyclopédie du vocabulaire médicale, les établissements de soins sont classés en trois catégories en fonction de la durée de séjour des patients ; il y a donc des établissements de court séjour, qui prennent en charge la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO) ; des établissements de moyen séjour, de l'ordre d'un mois, que l'on appelle « soins de suite et réadaptation » (SSR) ; et des établissements de long séjour, dans lesquels la durée du séjour peut être très longue (des mois, voire des années).

Puisque la durée est un intervalle du temps, il me paraît important de parler de la notion de temps.

Alain De Broca, dans son ouvrage *Soigner aux rythmes des patients*, définit le temps comme "une donnée physique, calculable et quantifiable. C'est aussi le temps cyclique du jour et de la nuit, du rythme de saisons. Tout un chacun peut se présenter ce temps qui défile". Cette définition nous fait comprendre que le temps est présent tous les jours dans notre vie, c'est d'ailleurs celui qui rythme nos journées ainsi que nos vies. Chacun a une représentation différente et propre à lui-même du temps. Même si nous le ressentons tous, le temps n'est pourtant pas une notion commune à chacun. Nous pouvons appliquer ce concept aux domaines médicales. "Un soin a un début et une fin, et tout soin est donc inscrit dans le temps et l'espace" [p.83].

Dans une relation soignant-soigné, il y a 2 protagonistes principaux qui sont le patient et le soignant qui perçoivent le temps qui défile de manière différente.

2.2 Le ressenti du soignant

Alain de Broca, met en avant une notion de dépendance entre le temps et le soin "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" [p.81]

Pour les infirmières, le temps rythme nos journées de travail comme le dit Clotilde Oudot dans son article "Vivre la temporalité à l'hôpital", la montre est un instrument fondamental de mesure du temps. "Nous vivons au rythme des aiguilles et c'est cela qui nous permet de prendre soin de nos patients dans le temps qui convient"

Mais, au-delà des soins effectués par les soignants, il y a l'implication de ceux-ci auprès des patients. Selon Clotilde Oudot, "elle est comme hors du temps en tant qu'elle ne se chronomètre pas et qu'elle constitue l'atemporel du soignant qu'est la relation". Françoise Acker vient nuancer ces propos car la relation est peut être atemporel mais elle écrit que "l'écoute et l'accompagnement des patients constituent une norme professionnelle forte pour les infirmières et les aides-soignantes travaillant dans les services de très court séjour, et cette norme s'accommode quelquefois difficilement avec une présence brève du patient". Elle ajoute même que certaines infirmières pourraient être amenées à hésiter avant de s'engager dans des relations « sans lendemain », c'est-à-dire avec des patients qui vont sortir le jour même ou le jour suivant.

2.3 Le ressenti du patient

De son côté, le patient perçoit certainement le temps de manière différente que le soignant. Tout d'abord il semble intéressant d'évoquer la signification du mot "patient". Selon Clotilde Oudot, "il peut évoquer le fait d'attendre ou de patienter mais aussi celui de subir l'action d'un autre et donc, en ce sens, d'être passif, dans la non action". Le patient est souvent dans une position d'attente et peut ressentir de l'ennui puisqu'il est souvent contraint à rester dans sa chambre ou même parfois alité. Cette attente peut devenir de l'impatience pour le patient "Savoir demeurer en repos est une difficulté que tout humain peut rencontrer qu'il soit ou non malade. En effet, l'inactivité n'est pas naturelle à l'homme. Il n'est pas aisé de la prolonger car nous nous représentons la vie humaine comme mobile et libre". Le patient est alors appauvri par cette inactivité et se voit alors mobiliser ses ressources intérieures. "Il est difficile de se détacher de l'activité mais, quand on y est contraint, on peut davantage être attentif aux attentions des uns et des autres, à l'amour, à l'amitié, à la gentillesse". Le patient est alors plus investi dans les relations sociales et c'est pourquoi la relation soignant/soigné est très importante dans une prise en soin. Françoise Acker ajoute que "Lorsque le patient est appelé à rester un temps assez long dans un service, qu'il subit des traitements pénibles,

voire mutilants, ses rencontres répétées avec les infirmières et les aides-soignantes favorisent l'établissement d'une relation de confiance, le développement d'une connaissance mutuelle"

Mais chaque patient est différent et à une perception du temps qui lui est propre "son expérience du temps dépend moins de son activité que de son expérience de la durée, relatives à ses états d'âme". C'est pourquoi il est important de connaître les expériences de son patient au travers de son parcours de vie.

3. Recueil de données

L'un des 3 piliers du soin est le temps de contemplation selon Alain de Broca. Il s'agit ici, pour le soignant, de s'accorder du temps pour ne pas seulement considérer le patient au présent mais bien dans sa biographie. Le patient ne se réduit pas à ce qu'il montre ce jour ; il a une histoire et cette maladie est une des composantes de son parcours de vie.

3.1 Définition

Selon Wikipédia, le recueil de données infirmier est une des composantes de l'évaluation infirmière. Il désigne un outil d'évaluation qui intervient dans la démarche de soins. Il permet à l'infirmier d'identifier le ou les problèmes de santé, réels ou potentiels à l'accueil d'une personne ou lors de la réévaluation du plan de soins infirmier. Ainsi, il repère les réactions humaines par rapport au problème de santé. L'objectif est de mieux connaître la personne afin de personnaliser les soins.

Ce soin s'inscrit dans le Code de la Santé Publique à l'article R4311-1 et R4311-3. Ces articles indiquent que "le recueil de données relève du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière [...] et qu'il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue".

3.2 Moyens utilisés auprès du patient

3.2.1 L'observation

Selon Wikipédia, l'observation, dans une méthode scientifique, est l'action de suivi attentif des phénomènes, sans volonté de les modifier, à l'aide de moyens d'enquête et d'étude appropriés.

Si on l'applique aux soins infirmiers, selon C. Paillard, "l'observation regroupe tous les faits observés, identifiés qui se rapportent à la personne soignée et à sa maladie. L'observation repose sur l'utilisation des organes des sens, et permet d'identifier les besoins du patient."

Selon Margot Phaneuf, "Lorsque nous observons un malade, nous participons au processus d'élaboration de l'histoire de son problème, de son traitement et de la progression de sa situation." Les données peuvent être subjectives, c'est-à-dire qu'elles concernent ce que dit ou ce dont se plaint le malade. Certaines informations sont aussi dites objectives, c'est-à-dire que certaines données proviennent de l'observation ou de l'examen faits par soignante. Elles regroupent les signes et symptômes observés, les réactions du malade, les traitements instaurés et tout ce qui se passe autour de lui : visites du médecin, etc.

Il ne s'agit pas d'une observation à un instant t, à visée diagnostique, mais d'une observation dans le temps, dans différentes situations, au quotidien afin de mieux comprendre, de rechercher des réponses adaptées, d'entrer en communication, de personnaliser la prise en charge

3.2.2 L'entretien

Selon Munhall P, l'entretien est une méthode de recueil de données de recherche qui repose sur l'établissement d'une communication verbale plus ou moins structurée entre un chercheur et un participant, dans le but que ce dernier apporte des informations relatives à un sujet donné.

Dans son article, Christophe Debout expose les différents types d'entretiens :

- L'entretien structuré, le chercheur mène l'entretien en suivant un guide
- L'entretien semi-structuré, le chercheur s'aide d'un guide mais reste ouvert aux thématiques apportés par le participant
- L'entretien ouvert, est utilisé pour permettre aux participants de s'exprimer sur un sujet sans lui imposer une structure préétablie

Ce n'est cependant pas le seul moment où elle procède à ce recueil, puisqu'elle doit observer le malade tout au long de son séjour en milieu de soins et noter là aussi, ses observations. Les données recueillies doivent être actualisées régulièrement en fonction de l'évolution de la maladie et de la situation.

3.2.3 L'examen clinique

Dans le cours sur le recueil de données on retrouve la définition de l'examen clinique "C'est la mesure des paramètres vitaux couplée à l'observation de la personne (son comportement, ses mimiques, ses postures, ses plaintes...)"

Selon Margot Phaneuf, l'examen clinique sert à objectiver les données recueillies verbalement au cours de l'entretien. "C'est une composante importante des informations préalables à la planification des soins. On y retrouve divers moyens d'observation et de mesure. Les techniques utilisées sont

l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation. Elles sont employées afin de permettre une évaluation complète et minutieuse des fonctions ou de l'organe examiné." Le terme d'examen clinique est plus souvent employé par les médecins.

3.3 Autres sources d'information

3.3.1 Dossier du patient

Le dossier patient est utilisé comme source de données car il contient l'ensemble des informations médicales, soignantes, sociales et administratives qui permettent d'assurer la prise en charge coordonnée d'un patient et la continuité des soins. C'est à partir du dossier que l'on assure la traçabilité de la démarche de prise en charge. Le contenu du dossier patient est défini par le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique. Ce dossier contient des informations de différents types : compte-rendu d'hospitalisation, observations médicales, feuilles de soins, prescriptions, résultats des examens, etc.

3.3.2 Entourage

La famille ou les proches sont les personnes ressources et témoins de la vie du patient. Souvent, elles permettent de compléter le recueil de données réalisé auprès du patient. Se sont aussi les personnes auprès desquelles nous allons rechercher les informations en cas de patient non communicant (ou dans l'incapacité de le faire).

Selon l'HAS, pour un recueil de l'information la plus complète possible, il peut dans certains cas être préférable de prévoir un temps d'entretien en l'absence du patient. En dehors de situations d'urgence définies dans la réglementation, l'accord du patient est nécessaire pour les entretiens avec la famille. Il faut veiller notamment à ce que le patient ne se sente pas exclu. Si la famille est reçue seule, une restitution de l'entretien sera faite au patient.

3.3.3 Equipe pluridisciplinaire

Alexandre Manoukian définit la pluridisciplinarité comme "une cohabitation de plusieurs professionnels rassemblés autour d'un même sujet, le malade, avec un objectif global identique : son mieux-être, voire sa guérison."

En effet, des informations sur le patient peuvent parvenir également du médecin traitant à l'aide d'un courrier, appel... ou bien d'autres membres du personnel soignants lors des transmissions par exemple. Le patient peut se confier à une psychologue lors d'un entretien, à un kiné lors d'une séance

... Chaque professionnel a recours à son propre recueil de données et la mise en commun de ce travail en pluridisciplinarité aboutit à un recueil de données complet sur le patient.

4. La relation soignant-soigné

Selon Dominique Phanuel, la relation soignant- soigné constitue une part majeure de l'exercice des soins infirmiers.

4.1 Définition

Tout d'abord il me paraît important d'établir une définition de la « relation ».

Selon Alexandre Manoukian « Une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires [...] Au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens »

La relation dépend de la personnalité de chaque individu et du contexte dans lequel la relation naît (environnement, circonstance, type de maladie etc.). Elle varie selon l'intervention de différents facteurs.

Par la suite, il écrit : "Être en relation n'exige pas nécessairement un temps particulier pendant lequel nous aurions le loisir de discuter. Le travail de soignant inclut nécessairement un aspect de relation. Ainsi, nous échangeons des informations en permanence [p.8]". Et pour finir, il explique l'objectif de la relation soignant soigné en écrivant qu'elle a pour but "d'aider et de soutenir le soigné tout en identifiant ses besoins" [5,p.329]. Elle rentre dans un concept de temporalité: elle a un début, qui est le plus souvent connu, et une fin qui peut être parfois inconnue

4.2 La relation de confiance

Selon Kenneth Arrow, économiste américain, la relation de confiance est un « *lubrifiant des relations sociales* ». Ainsi, la confiance permet d'établir les relations sociales.

Dominique Phanuel introduit son article "La relation pour instaurer la confiance dans les soins" en expliquant "Au cours d'une hospitalisation, la confiance s'installe lors des soins et du processus relationnel les entourant. La relation, le soin et la confiance sont donc intimement liés." Pour établir cette relation de confiance, le professionnel de santé et le patient doivent s'approprier, apprendre à se connaître et s'apprécier. Les contacts doivent être relativement fréquents et de qualité.

De plus, la confiance dans le soin se construit progressivement grâce aux compétences relationnelles des soignants. En effet, Dominique Phanuel conclut son article en disant "Cultiver la confiance par la relation nécessite de la part du personnel soignant d'être au plus près des attentes des patients, de

faire preuve de grandes qualités d'adaptation à chacun, de lui transmettre des informations claires, précises et adaptées et adopter des attitudes et des comportements empathiques". On comprend que le rôle du soignant est primordial lors de l'instauration d'une relation de confiance avec le patient, notamment, ces compétences relationnelles.

Selon Alexandre Manoukian, les lieux de longue durée sont plus propices à l'exercice de la relation de confiance de même que la psychiatrie. Cependant, même lors d'une courte hospitalisation, une rencontre sincère et un réel soutien peuvent être réalisés.

4.3 La communication

4.3.1 Définition

Le premier pilier du soin est donc bel et bien le désir de rencontre de l'autre, de créer une relation. La communication est un autre pilier du soin, en effet, selon Paul Watzlawick « on ne peut pas ne pas communiquer » et selon Margot Phaneuf « la communication, pierre angulaire avec la personne soignée »

Dans un cours d'IFSI on retrouve que "La communication implique donc qu'il y ait au moins deux personnes dont un émetteur, qui produit une information et un récepteur qui reçoit cette information via des voies de communication les reliant. Ils entrent en relation et interagissent avec leur singularité, leur sensibilité, leurs attentes, leurs émotions." On peut se référer au schéma de Shanon-Wiener. La communication revêt essentiellement deux formes : verbale et non verbale. Ces deux modes d'expression sont complémentaires et rarement dissociables

4.3.2 La communication verbale

Dans le cours de l'UE 4.2, la communication verbale est définie comme la communication exprimée par la parole. Elle est faite de signes linguistiques qui constituent le langage : mots, phrases qui permettent d'exprimer à l'autre des idées, des pensées, de lui faire passer un message, d'entrer en relation avec lui. Dans le contexte hospitalier, la parole est essentielle aux soignants pour l'explication des soins effectués aux patients. Elle permet de mettre en mot les gestes qui vont être effectués.

4.3.3 La communication non verbale

La communication non verbale est celle qui se traduit par des bruits, des expressions faciales, par notre maintien, notre démarche, par nos gestes et par le toucher. On envoie et reçoit des messages sans utiliser la parole. Elle enrichit, précise, souligne et même vient parfois contredire notre propos verbal. Ce type de communication met en action nos sens, principalement le toucher et le regard.

Le chercheur américain Albert Mehrabian a mis en évidence l'importance du langage non verbal. Il a évalué le rapport verbal / non verbal et a démontré que le non verbal avait une part beaucoup plus importante que le verbal.

MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES

Après avoir effectué mes recherches documentaires, il m'est apparu intéressant d'aller interroger des professionnels de santé afin d'enrichir mon travail de recherche en confrontant les dires des soignants et les écrits.

Pour cela, j'ai décidé de réaliser un outil d'investigation afin de mener des entretiens semi-directifs auprès d'un infirmiers diplômés d'Etat.

Dans un premier temps, mes recherches effectuées pour étayer mon cadre conceptuel m'ont permis de faire ressortir des objectifs pour mon guide d'entretien. J'en ai soulevé quatre permettant de mettre en forme mon guide et, ainsi, cadrer l'entretien. Les objectifs de celui-ci sont : identifier les outils essentiels pour établir une relation soignant-soigné, identifier le rôle du recueil de données dans la relation soignant-soigné, déterminer l'influence de la durée d'hospitalisation sur la relation soignant-soigné et déterminer la place du soin relationnel dans l'évolution des prises en charge à courte durée.

Après avoir repéré ces objectifs, j'ai donc élaboré mon guide d'entretien sous forme de huit questions soit deux questions par objectifs. J'ai trouvé pertinent le fait de devoir mener un entretien semi-directif. En effet, les questions ouvertes permettent à la personne interrogée de s'exprimer librement et à moi-même de rajouter des interrogations selon les réponses des infirmiers pour avoir des précisions par exemple.

Ensuite, j'ai dû choisir les professionnels avec qui j'allais mener cet entretien. Au regard de ma question de départ, il m'a paru intéressant de choisir un infirmier exerçant dans un service de courte durée et un infirmier exerçant dans un service de longue durée afin de comparer les deux entretiens. Cette comparaison permettra d'avoir les points de vue des infirmiers exerçant dans des services à l'organisation totalement différente et ainsi, faire ressortir l'impact de la durée d'hospitalisation sur la relation soignant soigné. Afin de faire écho à mes situations d'appel, il m'a paru évident de choisir un infirmier diplômé d'Etat exerçant en Soins de suite et de réadaptation et un infirmier diplômé d'Etat exerçant en chirurgie ambulatoire.

Ayant effectué mon stage de semestre 3 en SSR, j'ai contacté la cadre du service en lui faisant part de ma demande d'entretien avec un infirmier du service avec une expérience d'au moment 5 ans dans celui-ci. Quelques jours après mon échange avec la cadre, un infirmier du SSR m'a alors contacté pour m'expliquer qu'il était volontaire pour répondre à mes questions et ainsi convenir d'une date pour l'entretien . Nous avons alors convenu d'un entretien téléphonique après sa journée de travail,

en vue du contexte sanitaire actuel. Pour le second entretien, j'ai recherché une infirmière diplômée d'Etat exerçant en chirurgie ambulatoire sur un groupe d'infirmières volontaires pour participer à des entretiens en vue de la rédaction du travail de fin d'étude. En cherchant dans cette liste d'infirmières volontaires, j'ai trouvé une infirmière qui exerce depuis de nombreuses années en chirurgie ambulatoire. Je lui ai alors envoyé un message en lui faisant part de ma volonté de réaliser un entretien avec elle et de mon thème de mémoire. Nous avons, ensuite, convenu d'un entretien téléphonique en raison de notre éloignement géographique. J'ai réalisé mes deux entretiens le même jour et j'ai demandé le consentement des deux IDE pour enregistrer nos échanges, à l'aide d'un téléphone portable, afin de faciliter la retranscription.

Enfin, j'ai trouvé très enrichissant l'idée de mener deux entretiens avec des infirmiers exerçant dans deux types d'hospitalisation opposés car j'ai pu recueillir plusieurs points de vue parfois identiques et parfois différents. Le fait d'effectuer les deux entretiens le même jour m'a permis de commencer l'analyse dans ma tête, en comparant les réponses des deux soignants presque instantanément et ainsi demander des précisions quand cela était nécessaire. La principale difficulté que j'ai rencontrée a été le fait que l'entretien se fasse par téléphone. En effet, ne pas voir la personne physiquement lorsque l'on doit mener un échange avec celle-ci, m'a mise en difficulté. Lorsque que l'on voit le visage de la personne à qui on s'adresse, on peut relever les expressions de son visage et ainsi, rendre encore plus riches les réponses de celui-ci. De plus, je pense que l'échange est moins spontané et propice à la confiance. Mon autre difficulté a été sur mon rôle pour mener l'entretien car je n'ai pas osé intervenir trop souvent de peur d'influencer les soignants dans leur réponse alors que je pense que j'aurais pu demander plus de précisions sur certaines réponses apportées.

ANALYSE DESCRIPTIVE

Afin de préserver l'anonymat des professionnelles, je nommerai IDE A, l'infirmière travaillant en chirurgie ambulatoire, et par IDE B l'infirmier exerçant en SSR.

Dans un premier temps, j'ai souhaité identifier les outils essentiels pour établir une relation soignant- soigné. Tout d'abord, j'ai interrogé les infirmiers sur les éléments importants de la relation soignant- soigné. Pour l'IDE A, c'est *l'information du patient* qui est le plus important « c'est d'abord l'information du patient ». Elle précise ses dires en disant que ce sont plus particulièrement les explications données au patient « situer les lieux, de leur expliquer aussi un petit peu comment va se passer la journée... ». Elle évoque même, lors de ma deuxième question sur les moyens d'établir une relation de confiance, que ce sont « les bonnes informations et les bonnes explications » qui permettent d'établir cette relation. Ensuite, les infirmiers évoquent tous les deux *la communication*; terme qui est beaucoup revenu dans les entretiens. L'IDE B exprime l'importance de la "communication verbale" avec des patients en capacité de s'exprimer et de comprendre. Mais aussi la communication non verbale qu'il explique par « faire un geste rassurant ». L'IDE A, quant à elle, exprime plutôt l'importance « du sourire et de la bienveillance » dans la communication.

Par la suite, les infirmiers ont répondu à ma question sur les moyens pour établir une relation de confiance avec le soigné. Plusieurs moyens ont été évoqués comme le *facteur Temps* qui a été évoqué de nombreuses fois par les deux infirmiers. L'IDE B exprime le fait que la mise en place d'une relation est favorisée par le temps « si on prend du temps pour expliquer les choses généralement ça se passe bien ». Il explique que en SSR il peut se permettre « d'établir un contact dans la durée » mais, il souligne quand même que souvent il n'a pas le temps nécessaire « le problème du temps »; "ce temps-là, on ne l'a pas toujours". L'IDE A souligne l'importance du facteur temps envers le patient. Effectivement, elle répète plusieurs fois qu'il est important de laisser le temps au patient « on leur laisse le temps », « on leur laisse penser qu'on a tout notre temps ». Elle ajoute, par la suite, l'importance de *l'accueil d'un patient* à son arrivée. En effet, la façon d'accueillir un patient influe sur la relation que l'on crée avec lui « on accueille déjà avec le sourire, de façon agréable ». L'IDE B aborde une seconde fois la communication verbale ou non verbale dans ses réponses, mais cette fois-ci, il ajoute le terme d'adaptabilité et plus particulièrement l'adaptabilité au patient "en se mettant à l'échelle du patient". Selon lui, il est important de se faire comprendre par le patient, pour établir le contact. Pour finir, l'IDE B parle de l'identification. C'est à dire que, pour lui, il est important

de s'identifier auprès du patient "Moi je m'appelle F., je suis infirmier, c'est moi qui vais prendre soin de vous" pour que celui-ci puisse "mettre un visage sur la personne à qui il va avoir à faire".

Dans un deuxième temps, une fois que les outils essentiels pour établir une relation soignant-soigné ont été expliqués par les infirmiers, j'ai voulu comprendre le rôle du recueil de données dans la relation soignant-soigné. Pour cela, j'ai tout d'abord interrogé les infirmiers sur les outils utilisés pour accueillir les patients. Ils ont tous les deux évoqué ne pas avoir vraiment d'outils mais ils ont plutôt insisté sur la mise en place d'un entretien infirmier. L'IDE A appelle ça « un temps infirmier où l'on lui donne tous les éléments et les informations nécessaires à son hospitalisation ». L'IDE B prend lui aussi un temps avec le patient, mais plutôt pour répondre à ses questions, ses inquiétudes... «J'essaye toujours de prendre un temps pour répondre à ces questions-là». Il évoque, par la suite, le livret d'accueil, qui n'est pas présent dans son unité de SSR mais il cite d'autres documents. Tous deux citent le recueil de documents tels que le consentement, la personne de confiance mais aussi la prise des paramètres vitaux. L'IDE A cite des documents plus spécifiques à l'ambulatoire telle que «la vérification de la douche antiseptique, l'assurance que le patient est bien à jeun...». Elle évoque, d'ailleurs, en premier lieu, le dossier patient comme principal outil pour accueillir un patient « on a le dossier, on a l'informatique aussi qui nous aide ». L'IDE B, évoque le dossier patient à plusieurs reprises, mais, il l'utilise plutôt comme ressources pour recueillir les informations sur le patient. Il cite particulièrement les « antécédents » et le « résumé de soin » qui apparaissent dans le dossier.

Effectivement, ensuite les deux infirmiers ont mis en avant plusieurs ressources pour recueillir les informations. Pour l'IDE A et B, le recueil de données est cité comme principal ressource. Les questions posées ne sont pas les mêmes dans les deux unités. En ambulatoire, les questions pour renseigner le recueil de données portent principalement sur l'intervention « êtes-vous à jeun ? avez vous fait votre douche antiseptique ? ». En SSR, comme le dit l'IDE B « je prends leurs constantes, je regarde s' ils ont des pansements, en résumé toute la démarche, on va dire, obligatoire ».

Le travail en binôme est également souligné par les deux infirmiers. L'IDE B explique que l'aide-soignante pose aussi des questions au patient lors de son arrivée et qu'ensuite il se met « en contact avec l'aide-soignante entre collègues ». Pour l'IDE A, les aides-soignantes entreprennent l'entrée lorsqu'elle est occupée « le temps que les aides-soignantes aillent faire l'entrée [...] Et nous ensuite on arrive et on continue ». Ainsi, elle voit plutôt l'aide-soignante comme ressource pour mettre en place la relation rapidement « pour qu'ils puissent déjà créer ce premier lien avec le patient ». Selon elle, le travail en binôme favorise cette relation « les patients aiment bien parce que

la communication qui s'installe dès le départ et voilà la relation est créée dans les premières minutes...».

Ensuite, l'IDE B évoque le rôle de la famille dans le recueil d'informations. En effet, avant la crise du COVID, il dit essayer d'avoir un temps avec la famille pour discuter en l'absence du patient si possible car « c'est pas toujours facile de dire devant son père, devant sa mère ou voilà sur des choses un peu plus intimes » ; « on essaye de les voir pas forcément quand le patient est là ». L'IDE A ne parle pas de la famille mais elle se doit de vérifier si le patient est accompagné pour rentrer chez lui « vérifier avec qui il repart ».

L'IDE A ajoute, indirectement, une quatrième ressource qui est l'observation. En effet, lors de la question sur le type d'informations, j'ai remarqué que l'IDE A mettait en avant l'importance d'identifier dans quel état d'esprit le patient se trouve « il y a des patient plus fermés que d'autres » afin d'adapter sa relation avec celui-ci « si on voit qu'il est anxieux, euh...on va peut-être plus axer sur la pluie et le beau temps ». Après avoir analysé plus en détail ces dires, j'en conclus qu'elle aborde la notion d'observation car elle se retrouve à observer le patient pour déterminer l'état d'esprit de celui-ci.

Une autre question m'a semblé importante d'être posée toujours pour identifier le rôle du recueil de données. J'ai voulu savoir quels types d'informations étaient nécessaires à connaître sur son patient pour le prendre en charge au mieux. Les deux IDE ont répondu chacun de manière différente. Pour l'IDE B, l'information la plus importante qu'il faut connaître sur son patient est sa capacité de compréhension « savoir si la personne est capable de comprendre ce que je vais lui dire ». Comme je l'ai expliqué plus haut, pour l'IDE A il n'y a pas d'informations précises à savoir mais, selon elle, c'est en fonction du patient. Les informations recueillies dépendent alors de l'état d'esprit du patient et de son envie « on va essayer de ne pas trop entrer dans l'intimité, s'ils n'en ont pas envie ».

Dans un troisième temps, j'ai cherché à déterminer l'influence de la durée d'hospitalisation sur la relation soignant-soigné. L'IDE B trouve que la durée d'hospitalisation a une influence sur la « compliance au soin du patient » ainsi que sur la collaboration entre soignant-soigné « une bonne collaboration ça prend du temps ». L'IDE A explique que la durée d'hospitalisation étant très courte cela influe sur la mise en place de la relation avec le patient qui doit se faire très rapidement « il faut que ça se passe dans les cinq premières minutes de l'entrée ». Elle aborde ensuite l'influence plutôt organisationnelle que peut avoir la durée d'hospitalisation. En effet, elle exprime à plusieurs reprises qu'il faut « prendre son temps » et ne pas faire « ressentir cette précipitation aux patients » car si le patient ressent le stress et la précipitation « ça ne va pas bien se passer ».

Afin d'accentuer la comparaison entre les deux infirmiers, je leur ai demandé de citer les avantages et les inconvénients de leur service respectif.

L'IDE B met en avant la possibilité « d'établir une vraie relation de confiance » en SSR. En effet, selon lui, c'est le temps qui va permettre au patient d'avoir confiance en l'infirmier « c'est à force du temps qu'ils vont se rendre que ce qu'on dit c'est vrai ». De plus, il explique que le temps permet de faire comprendre au patient, pour les soins d'hygiène notamment, que « c'est faire avec, ce n'est pas faire à la place [...] c'est l'avantage d'avoir du temps » ainsi le patient conserve son autonomie. Mais, lors de l'entretien il va insister à de nombreuses reprises sur la relation de routine qui peut s'installer dans des unités de long séjour. Il explique que lorsqu'un patient va rester trop longtemps, « on rentre dans un cercle vicieux », le soignant va faire le soin à la place du soigné et cela va être « contre-productif ». Une relation de routine va se créer et la prise en charge ne va plus évoluer.

L'IDE A pense qu'il y a plus d'inconvénients que d'avantages dans un service de chirurgie ambulatoire. Elle souligne à plusieurs reprises la rapidité des prises en charge comme inconvénients pour les soignants « il faut que ça aille vite » ; « ça va vite ». Elle ajoute même que les étudiants redoutent ce genre d'unité car il n'y pas de routine « parce qu'ils n'ont pas leur petit train-train, routine » et l'organisation est très différente. Elle explique ensuite, que l'avantage pour les patients est la diminution du risque d'infections nosocomiales; argument que va aussi utiliser l'IDE B pour justifier la diminution des durées de séjour. En tant que soignant, l'IDE A met en avant la diversité de ce qu'elle peut voir en chirurgie ambulatoire, chose qu'elle trouve très intéressante « On touche à tout, c'est ça qui est intéressant ».

Dans un quatrième temps j'ai souhaité interroger les infirmiers sur la place occupée par le soin relationnel dans cette évolution des prises en charge hospitalières. Tout d'abord, j'ai souhaité connaître leur opinion sur le raccourcissement des séjours hospitaliers. L'IDE A trouve cette évolution bénéfique pour les patients mais il faut le faire comprendre aux patients. En effet, les patients ont tendance à avoir l'impression d'être abandonnés comme dit l'IDE A « ils ont l'impression qu'on les abandonne à leur triste sort chez eux ». L'IDE B insiste plus sur le fait que cela dépend des patients. Chaque patient a des besoins différents et donc d'une prise en charge différente « Tous les hommes et toutes les femmes sont différents les uns des autres ». Il y a des patients qui vont avoir besoin de rentrer chez eux rapidement car ils sont plus à l'aise et d'autres qui ont besoin de rester à l'hôpital et pour qui « c'est vachement important qu'on aille au bout ». Il appuie aussi plusieurs fois sur « l'effet pervers » que peut avoir cette diminution des séjours hospitaliers. Pour cela, il aborde les désaccords qu'on peut avoir en équipe « on va se retrouver dans des situations où « ah oui c'est plus notre

domaine » « ah bah si c'est du soin » » mais aussi le turn over des patients que cela génère « dès qu'on va un peu mieux « allez hop, on part » ».

Ensuite, les deux infirmiers sont tous les deux unanimes sur le fait que la place des soins relationnels, dans la prise en soin actuelle, a diminué. L'IDE A exprime à plusieurs reprises qu'il y a une « diminution », elle ajoute qu'il y a « beaucoup moins de temps auprès du patient » mais tous ces constats ne sont pas présents en chirurgie ambulatoire selon elle. Elle explique que le patient reste toujours au « centre », elle aborde aussi le travail en binôme qui permet au patient de ne jamais être longtemps tout seul. L'IDE B partage les mêmes constats que l'IDE A, « moins de temps qui sont passés auprès du soigné » ; « diminution des relations soignants- soigné ».

Les deux infirmiers évoquent tous les deux un facteur qui peut causer cette diminution du temps passé avec les patients, et donc de la place du soin relationnel dans les prises en soins. L'IDE A tout comme l'IDE B souligne « l'informatisation ». L'IDE B trouve qu'il passe beaucoup de temps sur son ordinateur « 3 heures devant un ordinateur ». Il dit même être intéressé par le fait de compter son nombre d'heures passées devant son ordinateur « j'ai pas fait le compte mais ça serait intéressant de le faire ». Il estime ce temps « nécessaire pour la traçabilité » avant d'ajouter que finalement cette évolution de la place du relationnelle dans la prise en soin est inévitable. En effet, il évoque un autre facteur en soulignant que l'évolution du métier d'infirmier engendre cette perte de temps auprès du patient, car l'infirmier se voit confier de plus en plus de responsabilités et de tâches sans en parallèle une augmentation du temps de travail « forcément si on nous demande plus de choses, on a besoin de plus de temps ». L'IDE A insiste également sur l'informatisation dans les autres services de soins « le fait de faire des transmissions informatisées et ça leur prend du temps » ; « être plus souvent sur leur ordinateur ». Mais elle ajoute aussi le rôle administratif que l'IDE se voit approprié et qui, par conséquent, lui requiert du temps.

DISCUSSION

Cette dernière partie a pour but de confronter les apports théoriques exposés lors du cadre conceptuel avec les dires des soignants, mais aussi d'y ajouter ma réflexion personnelle. Cela me permettra de faire évoluer ma question de départ : **EN QUOI LA CONNAISSANCE DU PATIENT, EN FONCTION DE LA DUREE DE SEJOUR, IMPACTE-T-ELLE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE ?**

Dans un premier temps, la relation soignant- soigné constitue une part majeure de l'exercice des soins infirmiers. Il y a plusieurs piliers dans la relation dont la communication. En effet, selon Margot Phaneuf « la communication, pierre angulaire avec la personne soignée ». L'IDE B partage cette idée car il considère la communication comme l'élément le plus important de la relation soignant- soigné. Pour approfondir cette notion, Margot Phaneuf insiste sur le fait qu'il y a deux types de communication. En effet, l'IDE B évoque la communication verbale et la communication non verbale. La communication verbale est définie comme la communication exprimée par la parole et donc le langage. La communication non verbale, quant à elle, se traduit par des bruits, des gestes, des expressions sans utiliser la parole. Elle met en action nos sens, principalement le toucher et le regard. D'ailleurs, l'IDE B identifie principalement ce type de communication par le toucher "juste un contact sur l'épaule", "faire un geste rassurant". Je rejoins Margot Phaneuf et l'IDE B dans l'idée que la communication est le pilier d'une relation et, par conséquent, de la relation soignant- soigné. Selon moi, les deux types de communication doivent être en symbiose pour arriver à une communication de qualité. C'est-à-dire que nos gestes, notre regard, notre intonation de voix doivent accompagner nos dires. Par exemple, si l'on parle d'une voix inquiète tout en faisant des gestes de réassurance, la communication est biaisée car le verbal et le non-verbal ne sont pas en accord.

Lorsqu'une personne n'est pas en capacité de communiquer verbalement, je trouve que l'on a tendance à limiter notre communication avec cette personne, alors qu'avec le non verbal nous pouvons faire passer beaucoup de messages. Je rejoins le chercheur Albert Mehrabian qui a démontré que le non-verbal a une part beaucoup plus importante que le verbal. En effet, nos 5 sens nous permettent d'établir une communication riche et même, selon moi, plus riche qu'avec la parole. L'IDE A évoque de façon succincte la notion de communication avec le patient et notamment le non verbal en insistant sur le fait "d'être dans la bienveillance" et d'avoir "le sourire".

Ensuite, les deux infirmiers font ressortir une notion que je n'ai pas du tout abordée dans mon cadre théorique, c'est l'information aux patients. Il me semble intéressant de mettre en avant cette relation de dépendance qu'il y a entre les notions de communication et d'information aux

patients. En effet, l'information aux patients est définie par les infirmiers comme "des explications données aux patients" ou "expliquer aussi un petit peu comment va se passer la journée" donc cette information aux patients ne peut être mise en place qu'avec de la communication, et principalement de la communication verbale. Ainsi, selon moi, ces deux notions se rejoignent en une seule et même idée qui est, l'importance de la communication dans une relation soignant- soigné.

J'ai trouvé intéressante l'idée de l'IDE B qui explique que c'est grâce à la mise en place de cette communication qu'il va établir un contact "c'est ça qui va permettre d'établir un contact" car cela fait écho à la relation de confiance que je vais aborder ci dessous.

La relation de confiance est une relation complexe à étudier car, tout d'abord, la notion de confiance est propre à chacun et il serait très intéressant de l'étudier mais il me semblait trop compliqué de m'avancer sur ce terrain, j'ai préféré mettre l'accent sur l'instauration de cette relation. Pour commencer, selon Kenneth Arrow, la confiance est un "lubrifiant des relations sociales" alors que pour Dominique Phanel c'est la relation qui instaure la confiance dans les soins. Je suis plutôt d'accord avec Dominique Phanel, je trouve plus aisé d'instaurer la confiance avec un patient après avoir déjà établie une relation. Lorsque j'aborde l'instauration de la relation de confiance, les infirmiers mettent plusieurs facteurs en avant. Premièrement, le facteur Temps. Dominique Phanel écrit que "les contacts doivent être fréquents", Alexandre Manoukian souligne que "les lieux de longue durée sont plus propices à l'exercice de la relation de confiance". L'IDE B soutient totalement ces propos puisqu'il prône l'instauration de la relation de confiance comme principale avantage d'un service de longue durée. Je partage la même idée que ces trois professionnels. En effet, il me paraît plus aisé d'avoir une relation de confiance avec une personne lorsque j'ai côtoyé celle-ci dans la durée. Selon moi, une relation ne se crée pas à un instant T mais elle requiert plusieurs moments pour apprendre à se connaître comme l'exprime Dominique Phanel "le professionnel de santé et le patient doivent s'approprier, apprendre à connaître et s'apprécier". De plus, il faut que le patient puisse avoir le temps de constater que nos conseils portent leur fruit et que notre prise en soin est bénéfique pour ainsi, avoir confiance en nous.

Pour autant le temps est loin d'être le seul facteur permettant l'instauration de cette relation de confiance. Encore une fois dans l'article "La relation pour instaurer la confiance dans les soins" Dominique Phanel dit "Cultiver la confiance par la relation nécessite de la part du personnel soignant d'être au plus près des attentes des patients, de faire preuve de grandes qualités d'adaptation à chacun..." Je remarque qu'elle souligne l'adaptabilité du soignant. L'adaptabilité; notion que l'IDE B met en avant à de nombreuses reprises lors de l'entretien. Il insiste sur le fait de se mettre à "l'échelle du patient", "il faut s'adapter à la communication du patient" particulièrement en employant "un vocabulaire adapté". Je pense que cela rejoint encore une fois la notion de

communication dont le but est finalement “de se faire comprendre”. Mais selon moi, l’adaptabilité c’est aussi s’adapter au comportement du patient, à ses envies et à ses attentes. Ainsi, cela relève plutôt des compétences relationnelles que possède le soignant. En effet, cela amène celui-ci à “adopter des attitudes et des comportements empathiques” comme le dit si bien Dominique Phanuel. L’IDE A vient compléter cette idée de compétences relationnelles du soignant car elle évoque l’importance de l’accueil du soignant lors de l’instauration d’une relation de confiance. Selon elle, “la façon d’accueillir” est un facteur important, il faut que ça soit “avec le sourire et de façon agréable”. Le soignant doit alors être doté de qualités relationnelles.

L’idée principale de l’IDE A pour établir une relation de confiance est de donner “les bonnes informations et les bonnes explications” au patient. Cela fait écho à la suite de la conclusion de l’article “La relation pour instaurer la confiance dans les soins” où l’on retrouve “ de lui transmettre des informations claires, précises et adaptées”. Encore une fois c’est le rôle du soignant qui est mis en avant. En plus d’être doté de qualités relationnelles, il doit donner les bonnes informations, ainsi, cela renvoie à la notion de qualité que je n’ai pas abordée dans ce travail de recherche même si elle est bel et bien présente. En effet, selon moi, au-delà d’avoir des échanges réguliers et dans la durée avec le patient, si ces échanges ne sont pas de qualités, le facteur temps aura beaucoup moins d’impact sur la relation.

Dans un deuxième temps, j’ai abordé la notion de recueil de données et particulièrement son rôle dans la relation soignant- soigné. Alain de Broca dit “Le patient ne se réduit pas à ce qu’il montre ce jour ; il a une histoire et cette maladie est une des composantes de son parcours de vie”. Il définit d’ailleurs le temps de contemplation “il s’agit ici pour le soignant de s’accorder du temps pour ne pas seulement considérer le patient au présent mais bien dans sa biographie”. Je suis d’accord avec Alain de Broca, effectivement, le fait de connaître l’histoire de vie d’un patient est une aide indéniable dans notre relation avec lui. Je pense notamment aux services de psychiatrie où l’histoire de vie du patient est un élément indispensable dans le dossier pour comprendre d’où viennent les troubles mais aussi pour adapter notre prise en soin. Dans des services de soins somatiques, il me vient en tête de nombreux exemples mais le plus illustratif de mes propos serait, par exemple, de demander à une femme ou un homme si il a des enfants alors que cette personnes est stérile et qu’elle le vit très mal. Cela peut rompre une relation entre soignant-soigné, d’où le rôle important du recueil de données.

Lorsque j’évoque les outils pour accueillir un patient, les infirmiers répondent tous les deux qu’ils n’ont pas d’outils à proprement parler. Mais, malgré tout, ils expriment qu’ils prennent “un temps avec les patients”. J’ai interprété ce terme comme un “entretien infirmier” que j’ai d’ailleurs défini dans mon cadre conceptuel comme “une méthode de recueil de données de recherche qui

repose sur l'établissement d'une communication verbale plus ou moins structurée entre un chercheur et un participant". Selon moi, cet entretien est primordial pour aborder la suite de l'hospitalisation dans les meilleures conditions. Il permet d'établir un échange avec le patient via la communication verbale ou non-verbale et ainsi mettre en place par la suite une relation de confiance. C'est les prémisses d'une relation.

Par ailleurs, l'infirmier B évoque un outil matériel, qui est le dossier patient et plus généralement l'informatique. Il l'identifie dans ma question sur les outils pour accueillir un patient tandis que dans mon cadre conceptuel je l'identifie plutôt comme une source d'informations. Si on analyse plus en détail, finalement les deux identifications signifient la même chose puisque l'infirmier B évoque comme un outil pour accueillir le patient et recueillir des informations tels que "les antécédents" ou "le résumé de soins" donc c'est une source d'informations. J'ai été étonnée que les infirmiers n'évoquent pas le recueil de données comme outil principal pour prendre en charge au mieux un patient lorsqu'on l'accueille. En effet, le recueil de données est le principal outil sur lequel je m'appuie lorsque j'accueille un patient. Il permet de connaître les éléments principaux à connaître sur un patient et ainsi, mettre le plus rapidement en place le projet de soins personnalisés. Mais finalement, nous allons voir par la suite que les infirmiers évoquent le recueil de données plutôt comme ressource d'informations.

Les moyens utilisés pour recueillir toutes ces informations sur le patient sont donc multiples. Les deux infirmiers évoquent en premier lieu "le recueil de données". Il est effectué "en amont" comme le dit l'IDE A, et l'IDE B le définit comme des "questions qui sont toutes faites". Il est défini par wikipédia comme un outil d'évaluation alors que les infirmiers ne le considèrent pas comme un outil. De plus, l'article R4311-1 du Code de la santé publique stipule qu'il relève du rôle propre de l'infirmier, "Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue". Pour rejoindre les propos de l'infirmier B, effectivement le recueil de données est généralement un formulaire avec toutes sortes d'informations à renseigner que l'on retrouve sur les logiciels de soins. Ceci est une trame, chaque infirmier recueille ensuite les informations qui lui semble importantes, c'est pourquoi, j'ai voulu approfondir j'ai questionné les infirmiers à ce sujet. Selon l'infirmier B, ce serait plutôt la capacité de compréhension du patient qui est l'information importante alors que pour l'infirmière A, les informations recueillies sont vraiment fonction du patient. En effet, il paraît délicat de poser des questions plus personnelles chez des patients qui sont plutôt fermés à la discussion. Ou au contraire, si une personne est ouverte à la discussion nous pouvons explorer alors plus en détail son histoire de vie et ainsi étayer le recueil de données. On constate alors que la notion d'adaptabilité est encore évoquée.

L'environnement du patient est aussi riche en informations. En ces temps de pandémie, la famille est moins présente puisque les visites sont interdites donc les infirmiers n'évoquent pas en premier lieu cette source mais je les ai conduit vers celle-ci. L'infirmier B rejoint l'HAS sur le fait qu'il est préférable de prévoir un temps d'entretien en l'absence du patient. Dans certaines situations, l'entourage nous renseigne sur des éléments que le patient ne veut pas évoquer avec nous. Ainsi, je rejoins les écrits qui expriment que "Souvent, les familles permettent de compléter le recueil de données réalisé auprès du patient. Se sont aussi les personnes auprès desquelles nous allons rechercher les informations en cas de patient non communicant". Je dirais que ce rôle de l'entourage est reconnu avec la désignation de la personne de confiance puisque que cela permet d'inclure un membre de l'entourage dans la prise en soins en lui attribuant un statut. Dans les services de très courte durée, le rôle de la famille est moins important, l'infirmière A n'évoque pas les proches à part lors du retour du patient à domicile, elle se renseigne sur la présence d'une personne pouvant la raccompagner. Le fait de faire appel à d'autres personnes fait écho à une autre notion que j'ai évoquée dans mon cadre conceptuel qui est la pluridisciplinarité.

La pluridisciplinarité est définie par Alexandre Manoukian comme "une cohabitation de plusieurs professionnels rassemblés autour d'un même sujet, le malade, avec un objectif global identique : son mieux-être, voire sa guérison". Que ce soit dans les entretiens de l'IDE A ou B, cette notion de pluridisciplinarité est retrouvée principalement en évoquant le travail en binôme avec l'aide soignante. Les infirmiers ne parlent pas des autres professionnels de santé, alors que le travail en pluridisciplinarité ne se résume pas qu'avec l'aide soignante. On a tendance à oublier le travail de la psychologue, du kinésithérapeute ou encore de la diététicienne alors qu'ils apportent eux aussi des données sur le patient.

Pour finir, j'ai abordé la notion d'observation dans mon cadre conceptuel. Cette notion regroupe tous les faits observés, identifiés qui se rapportent à la personne soignée et à sa maladie. L'observation repose sur l'utilisation des organes des sens, et permet d'identifier les besoins du patient" selon C. Paillard. Margot Phaneuf ajoute que lorsque l'on observe un patient les données recueillies peuvent être subjectives ou objectives. L'infirmière A ne prononce pas littéralement le mot "observation" mais si on analyse ses dires, elle explique à plusieurs reprises qu'elle s'adapte au patient "il y a des patients plus fermés que d'autres", pour cela elle observe donc les patients " si on voit qu'il est anxieux" et interprète ce qu'elle voit. Si l'on suit les définitions d'une donnée subjective ou objective de Margot Phaneuf, on peut alors dire que l'infirmière A recueille des informations objectives. Il est noté aussi que "Il ne s'agit pas d'une observation à un instant T à visée diagnostic, mais d'une observation dans le temps, dans différentes situations, au quotidien". L'observation dans

le temps et au quotidien dépend principalement de la durée d'hospitalisation du patient que je vais aborder ci-dessous.

Dans un troisième temps, il paraît important de reprendre la définition de la durée de séjour selon l'encyclopédie du vocabulaire médical qui écrit "la période d'hospitalisation s'appelle un «séjour». Ce séjour comporte une date d'entrée et une date de sortie, qui définissent la durée du séjour". Dans l'ouvrage de Alain de Broca, *Soigner aux rythmes des patients*, je comprends que chacun a une représentation différente et propre à lui-même du temps et c'est donc pourquoi Clothilde Oudot insiste sur la différence du ressenti du patient et du soignant sur le temps dans son article. Lors des entretiens, les soignants n'expriment pas leur ressenti, pourtant, Clothilde Oudot explique que les infirmiers vivent "au rythme des aiguilles et c'est cela qui nous permet de prendre soin de nos patients dans le temps qui convient" mais, on peut lire aussi "la relation constitue l'atemporel du soignant " ce qui peut expliquer pourquoi les infirmiers ne l'ont pas évoqué lors des entretiens. Mes expériences m'ont permis d'affirmer qu'au-delà du fait de vivre "au rythme des aiguilles", une infirmière est impactée par la durée d'hospitalisation de son patient même dans un service de long séjour. En effet, une infirmière qui réalise le même geste avec la même personne tous les jours à la même heure sera plus exposée à la « routine » professionnelle dans un service de « long séjour » que dans un service de « court séjour ». C'est d'ailleurs l'inconvénient majeur cité par l'infirmier B dans ce genre de service. Pour ce qui est du "court séjour", Françoise Acker écrit que certaines infirmières pourraient être amenées à hésiter avant de s'engager dans des relations « sans lendemain ». Effectivement, savoir que je ne vais pas revoir la personne le lendemain modifie très certainement ma relation et ma distance vis-à-vis de celle-ci. L'investissement reste le même mais la relation est modifiée puisque le processus de mise en confiance doit se faire beaucoup plus rapidement avec, parfois, des patients qui n'ont pas forcément envie de rentrer en relation avec une personne qu'ils vont voir quelques heures. La relation soignant soigné est donc sensible à cette temporalité. Mais l'IDE A ne partage pas cet avis, les relations sans lendemain n'affectent pas sa relation avec le patient même si elle exprime comme inconvénient la rapidité des prises en charge et particulièrement la rapidité de la mise en place d'une relation dans un service de très court séjour.

Si l'on s'intéresse plus au patient, la durée d'hospitalisation a un impact évident sur lui. Il est certain qu'il est souvent en position d'attente et peut ainsi ressentir de l'ennui. Cette attente va avoir un impact sur le patient comme le dit si bien Clothilde Oudot "Il est difficile de se détacher de l'activité mais, quand on y est contraint, on peut davantage être attentif aux attentions des uns et des autres, à l'amour, à l'amitié, à la gentillesse". Les infirmiers évoquent l'influence que la durée d'hospitalisation peut avoir sur d'autres dimensions de la personne soignée. Pour l'infirmier B, la durée a une influence

sur la compliance au soin du patient. Effectivement, je pense que le fait de voir les soignants sur le long terme permet au patient d'adhérer plus facilement au soin car les soignants ont le temps de lui expliquer la prise en charge. De même qu'il peut avoir le temps de constater l'efficacité de nos soins et ainsi nous faire confiance. L'infirmier ajoute que la durée permet une meilleure collaboration entre le soignant et le soigné. Je le rejoins également sur ce point, car le fait de se côtoyer sur la durée permet aux deux protagonistes de cerner plus aisément les attentes de chacun et ainsi, être en symbiose pour arriver à une collaboration de qualité qui permet une prise en charge efficace.

Dans un quatrième temps, la durée d'hospitalisation nous renvoie directement à la notion d'évolution des prises en charge hospitalière puisque l'hospitalisation de courte durée, voire de très courte durée, est en plein essor. Comme l'explique l'article de Françoise Acker sur « Les reconfigurations du travail à l'hôpital » "L'accentuation de la diminution des séjours hospitaliers a été rendue possible grâce aux avancées des techniques médicales et chirurgicales..." Cette évolution contient de nombreux points positifs sur le plan médical comme la diminution des infections nosocomiales, diminution du risque thromboembolique mais qu'en est-il des effets sur le terrain? Les infirmiers sont plutôt en accord avec les bénéfices apportés sur le plan médical mais évoquent principalement les effets négatifs du à ce raccourcissement des durées des séjours hospitaliers. L'infirmière A parle d'une impression d'abandon de la part des patients, quant à l'infirmier B, il dénonce un effet pervers de la diminution des durées moyennes de séjours (DMS) puisque cela amène à des situations complexes. Et la place du relationnel dans tout ça ? Ne pouvant pas l'aborder dans le cadre théorique car, selon moi, le relationnel ne peut pas s'analyser en théorie, j'ai voulu interroger les professionnels de santé sur cette notion. Tous deux se mettent d'accord sur le fait que cette évolution des prises en charge amène à une diminution du relationnel dans leur quotidien avec les patients. Ils expliquent cela par une diminution du temps passé avec eux car ils se voient attribuer de plus en plus de responsabilités sans augmentation de moyens humain ou temporel. L'informatisation, le développement des tâches administratives, l'augmentation des tâches à accomplir... Tout ceci constitue l'évolution du métier d'infirmier. Je constate alors qu'aujourd'hui l'évolution du métier d'infirmier se voit confronté à l'évolution des prises en charge hospitalières qui toutes deux vont dans une direction opposée. Les patients restent moins longtemps hospitalisés mais l'infirmier est sujet à une augmentation des tâches à accomplir. Inévitablement, c'est le relationnel qui va en pâtir. Il n'est pas soumis à une prescription et relève donc du rôle propre et je pense que par manque de temps, aujourd'hui, les infirmiers se limitent à réaliser les soins prescrit qu'ils n'ont même, parfois, pas le temps de réaliser.

Tout au long de ce travail de recherche, des éléments nouveaux ont émergé grâce aux apports théoriques et aux rencontres avec les professionnels de santé. L'importance de la connaissance du patient a été confirmée, l'impact de la durée de séjour a été précisé mais, je souhaitais revenir sur la notion de qualité que je n'ai pas abordée dans mon travail mais qui est primordiale dans notre exercice de la profession infirmière. En effet, cette citation de Goethe "On a toujours assez de temps quand on en fait bon usage" met en avant cette notion de qualité par rapport au temps, mais je reste convaincue qu'une relation sera toujours impactée par la durée étant donné qu'elle évolue. Cette réflexion m'a permis de soulever cette question de recherche : **En quoi les qualités relationnelles du soignant permettent-elles d'établir une relation au-delà du temps ?**

CONCLUSION

Au cours de ces trois années de formation, ma pratique professionnelle a été en constante évolution, notamment grâce aux nombreuses interrogations qui m'ont animées. La notion de relation soignant soigné est de loin celle qui m'a suscité le plus de questionnements. C'est pourquoi j'ai voulu travailler sur ce thème, ainsi que sur la durée d'hospitalisation, puisqu'aujourd'hui nous sommes entrés dans une ère prônant la réduction des durées moyennes de séjour et le développement de l'ambulatoire. Après avoir mis en lien tous mes questionnements, je suis finalement arrivée à cette question de départ : En quoi la connaissance du patient, en fonction de la durée d'hospitalisation, impacte-elle la relation soignant-soigné ?

Lors de l'écriture de mon cadre théorique, j'ai abordé quatre notions principales que sont la relation soignant-soigné, la durée d'hospitalisation, le recueil de données et l'évolution des prises en charge hospitalières. C'est au travers de mes lectures mais aussi de mes entretiens avec les infirmiers que j'ai pu identifier les bases de la relation soignant- soigné et comprendre l'importance du recueil de données. Mais aussi déterminer l'influence de la durée d'hospitalisation sur la relation soignant soigné et le rôle qu'à l'évolution des prises en charges hospitalières dans notre prise en soin actuelle. En effet, la notion de relation soignant soigné sous entend beaucoup d'autres notions mais ce que j'ai retenu c'est qu'elle est, avant tout, basée sur la communication. Qu'elle soit verbale ou non verbale, l'infirmier doit maîtriser cette compétence relationnelle pour établir une relation de confiance avec le patient. Mais avoir une relation de confiance implique de connaître son patient un minimum car il ne se réduit pas à ce qu'il montre au présent, il a une histoire de vie. Et c'est grâce à de nombreuses ressources que l'on peut retracer son histoire. Mais tout ce processus de mise en relation et de connaissance du patient, est soumis à un facteur, aujourd'hui totalement impacté par l'évolution des prises en charge hospitalières, qui est le temps.

Ce travail de recherche m'a permis d'explorer les concepts qui ont été, en tant qu'étudiante infirmière, et qui le seront encore dans mon exercice de la profession d'infirmière, les éléments fondamentaux de la prise en charge d'un patient. Une fois définis par les auteurs, j'ai pu confronter ces définitions avec les dires des infirmiers ce qui m'a demandé un travail de réflexion approfondi et construit. Cela m'a d'ailleurs permis de développer une capacité d'analyse différente de celle explorée au cours de mes études et j'ai été amenée à faire beaucoup de liens, chose fondamentale dans l'exercice du métier d'infirmier. De plus, ce travail a contribué au développement de mon regard critique envers ma pratique professionnelle mais aussi envers mon positionnement professionnel qui ne pourra qu'être bénéfique pour mon futur exercice professionnel en tant qu'infirmière.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- De Broca, A. (2016). *Soigner aux rythmes du patient : Les temporalités du soin au XXIe siècle*. Paris : Editions Selli Arselan
- Manoukian, A. (2008). *La relation soignant-soigné*. Paris : Editions Lamarre
- Phaneuf, M. (2011). *La relation soignant-soigné. Rencontre et accompagnement*. Chenelière éducation

Articles

- Acker, F (2010). *Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital*. Revue Française des Affaires Sociales p.161 à 181
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-161.htm>
- Debout, C (2016). *Les méthodes de recueil de données de recherche, l'entretien*. Soins n°804 p.59-61
https://iform.ch-perrens.fr/sites/default/files/files/ENT/Formation/Unit%C3%A9%20d'Enseignement/2-%20PEDAGOGIE/SEMESTRE%204/UE%203.4%20Initiation%20a%CC%80%20la%20de%CC%81marche%20de%20recherche/Recueil_de_donnees_l_entretien.pdf
- Formarier, M (2014). *La relation de soin, concepts et finalités*. Recherche en soins infirmiers n°89 p.33-42
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm>
- Fouchard, J-L (2013). *De la motivation à l'érosion : L'usure professionnelle*. Les Cahiers de l'Actif n°296/297 p.219-242
<https://docplayer.fr/7268025-La-question-de-l-usure-professionnelle-est-une-question-de-temps-le-temps.html>
- Galy, M (2013). *Évaluation multidisciplinaire, réductions des durées d'hospitalisation...* Gestion hospitalière n°529 p.474-475
- Haberey-Knuessi, V (2013). *L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier*. Recherche en soins infirmiers n°115 p.8-18
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-4-page-8.htm>
- Michon, F (2013). *La confiance, un levier de la qualité des soins*. Soins n°779 p.36-38
- Oudot, C (2017). *Vivre la temporalité à l'hôpital*. Revue Laennec n°2 p.45-55
<https://www.cairn.info/revue-laennec-2017-2-page-45.htm>
- Phanel, D (2013). *La relation pour instaurer la confiance dans les soins*. Soins n°779 p.30-31
- Pueblas, F (2008). *Donnons du sens à l'observation*. Soins gérontologie n°17 p.18
<https://sfgg.org/media/2009/11/donnons-du-sens-a-l-observation.pdf>

Wikipédia

- Méthode scientifique (2021, avril). Dans Wikipédia.
https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9thode_scientifique#Observation
- Recueil de données (2019, avril). Dans Wikipédia.
https://fr.wikipedia.org/wiki/Recueil_de_donn%C3%A9es_infirmier

PDF

- Phaneuf, M (2007). *La collecte des données base de toute intervention infirmière*.
<http://www.prendresoins.org/?p=940>
- Safon, M-O (2019). *Les réformes hospitalières en France*.
<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>

Pages Web

- Françonnet, E (2017). *Évolution de l'hôpital: toute une histoire!*
<https://www.dijon-sante.fr/reportage/evolution-de-lhopital-toute-une-histoire/#:~:text=A%20partir%20de%20la%20moiti%C3%A9,du%20service%20public%20hospitalier%20actuel>
- CNLE (2009). *Histoire de l'hôpital et prise en charge des personnes en situation de pauvreté*.
<https://www.cnle.gouv.fr/histoire-de-l-hopital-et-prise-en.html>
- Doc Thom (2015) *Définition Séance/Séjour* Repéré à:
<https://www.vocabulaire-medical.fr/encyclopedie/264-seance-sejour>

Cours

- Bare, A (2018). *Le recueil de données*
<http://www.ch-hautanjou.fr/ifas/wp-content/uploads/sites/8/2018/09/le-recueil-de-donn%C3%A9es-PROMO-2018-2019.pdf>
- Genot-girard, V (2017). *Communiquer dans une relation de soins* p.7
<https://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2018/02/Communiquer-dans-une-relation-de-soins.pptx-Lecture-seule.pdf>
- LeBihan, C (2019). *Théories de la communication* p.5-6 <https://www.ifchureennes.fr/>

ANNEXES

- I. Les situations d'appels
- II. Le guide d'entretien
- III. Tableau d'analyse des entretiens
- IV. Retranscription des entretiens

Annexe I : Les situations d'appels

Situation d'appel N°1

Je suis étudiante infirmière en Semestre 4 et j'effectue mon stage dans un service de chirurgie ambulatoire spécialisé en gynécologie et pédiatrie. Les principales interventions en gynécologie sont des Fécondations in vitro (FIV), des dons d'ovocytes, des hystérosopies (diagnostic ou thérapeutique) et parfois des aspirations. Du côté de la pédiatrie, les interventions sont plus variées, on y retrouve des interventions relevant de l'ORL, de l'orthopédie, de l'urologie et de la plastie.

L'organisation d'un service de chirurgie ambulatoire est différente d'un service de soin classique. Le service est ouvert de 7h à 19h30, nous recevons les 1^{ers} patients à 7h, nous procédons à l'élaboration du dossier puis nous installons le patient dans sa chambre en attendant son départ au bloc. En fin de matinée, nous gérons les retours de bloc du début de matinée puis à 13h nous faisons les transmissions à l'équipe de l'après-midi qui, généralement, gère les retours de bloc des patients pris en charge le matin et s'occupe du retour à domicile de ceux-ci.

Un jour, je suis d'après-midi (12h30-20h). Les collègues du matin nous font les transmissions durant lesquelles elles nous informent qu'il reste encore 6 retours de blocs et quelques patients qui sont bientôt sortant. Avec mes collègues nous nous répartissons la prise en charge des patients pour l'après-midi. Un brancardier arrive avec Mme D, 35 ans, qui revient du bloc pour une ponction d'ovocytes en vue d'une FIV. Les ponctions d'ovocytes sont des interventions très courtes consistant à prélever des ovocytes dans l'utérus de la femme qui vont être, par la suite, en contact avec un spermatozoïde dans un laboratoire –in vitro. Cette technique permet d'obtenir des embryons de bonne qualité qui puissent, après avoir été transférés dans l'utérus maternel, donner lieu à une naissance. Cette intervention peut se faire en anesthésie générale, en rachianesthésie ou bien même en anesthésie locale selon les désirs de la patiente et l'accord de l'anesthésiste au préalable. Dans le service où je me situe, nous prenons en charge environ 4 patients par jour, qui viennent se faire opérer pour une FIV ». C'est donc une opération très courante avec des patientes dont l'état général revient très vite à la normale et qui restent à peine 2H dans le service après leur retour du bloc. Leur prise en charge est donc très courte, nous les infirmières jouons un rôle minime dans ce processus car ensuite ces patientes sont revues par la Procréation Médicale Assistée pour la suite du parcours de la FIV.

Lors des transmissions, mes collègues m'avaient transmis le cas de Mme D, 35 ans, qui est partie au bloc ce matin pour une ponction d'ovocytes en vue d'une FIV sous anesthésie générale. Elle est

accompagnée de son mari mais celui-ci ne sera pas présent pour la nuit lors du retour à la maison car il travaille. Or, le protocole exige la présence d'une personne pendant la nuit avec la patiente pour ainsi pouvoir alerter s'il y a le moindre souci. Je devais donc régler ce souci avec la patiente et son mari afin que Mme puisse rentrer chez elle dans les règles. Le brancardier amène Mme D dans sa chambre et dépose le dossier médical de celle-ci dans la salle de soin. Le dossier contient la feuille des constantes de la patiente durant le bloc opératoire et la feuille des constantes durant la salle de réveil. Je regarde attentivement ces feuilles pour détecter d'éventuelles anomalies pendant l'intervention. Je ne constate rien d'anormal, la ponction a duré 20 mns et Mme est restée 1H30 en salle de réveil sans douleur particulière. Mon intention est donc d'effectuer le retour de bloc de Mme D, je dois lui prendre ses constantes, évaluer la douleur, surveiller les saignements voies basses et lui demander si elle désire manger quelque chose. Le travail infirmier en chirurgie ambulatoire est très répétitif, les surveillances sont toujours les mêmes surtout pour les ponctions d'ovocytes. Je me dirige dans cette chambre sans aucune appréhension et en confiance puisque c'est une prise en charge très courte avec des surveillances simples. J'entre dans la chambre de Mme D, je salue la patiente ainsi qu'à son mari et je me présente. Lorsque je m'approche du lit pour pouvoir prendre les constantes de la patiente je constate qu'elle pleure, réaction que je n'avais pas du tout prévue. Se retrouver face à un patient qui pleure n'est jamais facile pour un soignant et dans cette situation ça l'est d'autant plus car je ne connais absolument pas la patiente. Face à cette patiente en larmes, plein de questions me sont venues à l'esprit, je voulais réfléchir avant d'agir. Ma toute première intention était de lui demander directement « pourquoi pleurez-vous ? » mais, rapidement, j'ai renoncé à cette idée car la patiente ne me connaît pas et cela me paraissait beaucoup trop intrusif comme première approche, la patiente aurait pu se sentir agressée et avoir le sentiment que je m'immisce dans sa vie privée. De plus, j'allais côtoyer cette patiente uniquement quelques heures de sa vie, la probabilité qu'elle se confie à moi était très faible. A ce moment-là j'ai donc opté pour une question plus ouverte « comment allez vous ? » afin de laisser à la patiente la possibilité de se confier selon son envie. Elle me répond qu'elle va bien. Je me retrouve perdue car cette patiente exprime verbalement qu'elle va bien alors que son langage non verbal et ses larmes prouvent l'inverse. Le fait que Mme ne semble pas vouloir se confier sur son état me met en difficulté à ce moment-là car je le prends un peu comme un « refus de soin », puisque le relationnel est une partie du soin. Je me ressaisis et recherche de l'aide auprès du mari qui reste impassible comme si rien ne se passait. Je décide donc de ne pas aller plus loin de peur de paraître trop indiscreète. Mais une fois lancée pour mettre le brassard du tensiomètre à Mme, je m'arrête car ça me paraît inconcevable d'effectuer un soin comme si de rien n'était alors que Mme semble ne pas aller bien. Je décide de reposer une 2^{ème} fois la question, « ça va ? » et me retrouve confrontée à la même réponse « oui ». A ce moment-là, un sentiment d'impuissance m'envahit, je ne comprends pas pourquoi Mme refuse de se confier. Je décide donc de lui prendre sa

tension. J'ai fini par renoncer à comprendre l'état de Mme et j'ai adopté une posture très rassurante, en lui souriant et lui mettant une main sur l'épaule. Car, en effet, même si j'ai échoué sur le plan verbal du soin, je me suis rappelé que le non verbal était tout aussi important et qu'avec des gestes de réassurance. Mme a pu se sentir apaisée et en confiance sans même devoir verbaliser son possible mal être. Pendant que le brassard gonfle pour prendre la tension, je lui demande si elle a des douleurs ou quelque chose qui la gêne et elle me répond que non tout va bien. Je lui demande ensuite si elle désire manger quelque chose et elle me répond qu'elle n'a pas faim. Je décide donc de sortir de la chambre afin de laisser Mme tranquille et décide de repasser ultérieurement pour aborder la question du retour à domicile et de la présence du mari pour la nuit. Une heure après je reviens donc dans la chambre, je retrouve Mme D souriante et qui a de l'appétit, je lui apporte donc un repas. Je demande à son mari s'il sera présent cette nuit, il acquiesce en me disant que finalement il n'ira pas au travail pour rester auprès de sa femme. Une heure après, les conditions (lever, miction, alimentation ...) sont remplies pour que Mme rentre chez elle, je lui apporte donc ses papiers de sortie et lui souhaite un bon retour.

Cette situation a suscité beaucoup de questions quant à la relation soignant-soigné en chirurgie ambulatoire. En effet, je n'ai pas su quelle posture adoptée face à cette situation. La peur de s'immiscer dans la vie privée des patients ne m'était jamais arrivée dans mes autres stages. Dans un service de soin où l'on accueille des patients hospitalisés plusieurs semaines, lorsque je suis confrontée à un patient qui pleure, je prends tout de suite le temps de m'asseoir à côté de lui et de l'écouter. Se pose donc la question du temps que nous pouvons accorder à un patient en chirurgie ambulatoire, en effet, il est très restreint car les retours de bloc s'enchaînent et le but de ce service est que les patients rentrent au plus vite chez eux, d'ailleurs les patients eux-mêmes sont souvent très pressés de rentrer. De plus, nous n'avons quasiment aucune connaissance sur l'histoire de vie du patient ce qui rend la relation d'aide encore plus difficile car le patient nous est totalement inconnu et la peur de dire quelque chose qui pourrait les offenser en lien avec leur passé me freine beaucoup. L'environnement n'est pas propice à l'échange par manque de temps et de confiance entre le soignant et le soigné. Les patients savent qu'ils ne vont être présents que quelques heures dans le service et n'accordent donc pas beaucoup d'importance à nous les soignants ce qui nous amène à nous questionner davantage sur la posture à adopter.

Situation d'appel N°2

Je suis étudiante infirmière au S3 et j'effectue mon stage dans un service de SSR gériatrique. Ce service est composé de 53 lits répartis en 2 secteurs pour les infirmières et en 4 secteurs pour les aides-soignantes

Je prends en charge Mme S, 80 ans, qui est hospitalisée au SSR depuis plusieurs jours pour maintien à domicile difficile et baisse de la thymie. C'est ses enfants qui ont décidé de l'hospitaliser suite à des chutes répétées au domicile en attendant de trouver une place en EHPAD. De plus, ils veulent vendre la maison de Mme S, maison dans laquelle elle a vécu beaucoup d'années avec son mari maintenant décédé. Le matin, moi et l'IDE faisons notre tour, on distribue les médicaments, on fait les prises de sang, les injections d'anticoagulants... Nous rentrons dans la chambre placer les médicaments dans un pot pour que par la suite l'aide-soignante donne les médicaments lors du petit déjeuner. Lorsqu'il y a juste des médicaments à distribuer chez certains patients nous passons donc assez rapidement dans la chambre.

Un matin, lorsque je rentre dans la chambre de Mme S pour lui donner ses médicaments, elle est encore dans son lit, elle vient de se réveiller. Je m'approche d'elle pour lui déposer les médicaments dans son pot et lui demande si comment elle se sent, elle me répond un « oui » très discret emmitouflée dans ses draps. Connaissant la thymie actuelle de Mme S, je m'approche pour la regarder dans les yeux. Je constate qu'elle pleure, je lui demande alors : Pourquoi vous pleurez ? Vous voulez qu'on en parle ? Elle me répond « non je ne veux pas vous embêter avec mes problèmes ».

Je me mets alors à genoux pour capter son regard, je lui prends la main et lui demande : qu'est ce qui ne va pas ? Allez y je suis là pour vous écouter.

Mme S éclate en sanglot et me livre tout ce qu'elle a sur le cœur. Elle dit qu'elle ne veut plus vivre, qu'elle préférerait ne pas se réveiller, tous les matins c'est dur de devoir affronter une nouvelle journée. Elle dit qu'elle ne manquerait à personne et veut rejoindre son mari qui lui manque énormément. Elle me confie également qu'elle ne veut pas que ses enfants vendent la maison car c'est « tous ses souvenirs avec son mari qui partent en fumée ». Connaissant son histoire de vie, je lui réponds : Mais si vos enfants ont besoin de vous, ils vous aiment, nous aussi nous sommes là vous n'êtes pas seule. Elle répond que ses enfants veulent se débarrasser d'elle car ils veulent vendre la maison sans son accord et la placer en EHPAD. Je lui réponds alors qu'ils font ça pour son bien car les chutes répétées de Mme au domicile sont devenues trop dangereuses et cela inquiète ses enfants, ils veulent qu'elle soit en sécurité. Pour la vente de la maison, je lui propose qu'elle en reparle avec ses enfants et qu'elle exprime son désaccord pour trouver une solution. Mme se détend légèrement et me confie alors qu'elle a adopté ses 2 enfants et me raconte tout le périple que cela a engendré. Elle se replonge alors dans son passé et je l'écoute attentivement captivé par son récit. Elle me raconte son

ancien métier de professeur des écoles... Notre conversation a duré très longtemps. A la fin de la conversation, Mme S retrouve le sourire, me remercie énormément de l'avoir écoutée et que cet échange lui avait fait le plus grand bien. Je lui rappelle que nous sommes disponibles et qu'elle peut nous appeler quand elle en ressent le besoin comme ce matin. Elle me demande mon prénom et l'écrit sur son carnet pour le retenir et demander à me voir la prochaine fois qu'elle aura « un petit coup de mou ». Elle me remercie encore une fois et je pars de la chambre pour continuer mon tour. Tous les autres matins lorsque j'allais voir Mme S pour lui distribuer ses médicaments j'étais très attentive à son humeur et son expression et j'engageais une petite discussion pour rendre ce moment dur pour elle en un moment moins compliqué. Et tous les matins, j'en apprenais un peu plus sur sa vie.

Annexe II : Guide d'entretien

Bonjour, dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, qui porte sur l'impact de la connaissance du patient et la durée d'hospitalisation sur la relation soignant-soigné, j'ai décidé de réaliser des entretiens pour enrichir mes recherches. Et c'est en effet pour cette raison que je suis ici, afin de vous demander votre aide en répondant à mes questions. Il se présente sous forme de 8 questions qui seront en lien avec mon sujet d'étude et il aura une durée d'environ 30 minutes.

Pourrais-je enregistrer l'entretien pour faciliter la retranscription par la suite ?
Pour commencer, pouvez-vous vous présenter et expliquer brièvement votre parcours ?

Objectif : Identifier les outils essentiels pour établir une relation soignant-soigné

- Selon vous, quels sont les éléments les plus importants qui interviennent dans votre relation avec le patient ? Pouvez-vous les expliciter ?
(écoute ? communication?)
- Dans votre pratique quotidienne, comment établissez-vous une relation avec la personne soignée ?
-Quels sont les moyens que vous utilisez ?

Objectif : Identifier le rôle du recueil de données dans la relation soignant soigné

- Quand vous accueillez un patient dans votre service, de quels outils vous servez-vous pour prendre en charge au mieux ce patient ?
- Comment faites vous pour recueillir les informations nécessaires à la prise en charge d'un patient?
 - Est-ce que vous allez dans la chambre du patient ?
 - Est-ce que vous rencontrez la famille
 - Allez - vous avec une aide soignante ?
 - Est-ce que vous lisez le dossier du patient ?

Objectif : Déterminer l'influence de la durée d'hospitalisation sur la relation soignant soigné

- Dans quelles mesures le temps d'hospitalisation influe-t-il sur votre relation avec le patient?
- **SSR:** Selon vous, quels sont les avantages et les inconvénients pour la relation soignant-soigné dans une unité de soins de longue durée
- **Ambu:** Selon vous, quels sont les avantages et les inconvénients pour la relation soignant-soigné dans unité de soins de courte durée ?
 - Comment gérez-vous le fait que vous savez que c'est une relation sans lendemain ?

Objectif : Déterminer la place du soin relationnel dans l'évolution des prises en charge à courte durée

- Le travail infirmier se voit reconfiguré par le raccourcissement des séjours hospitaliers. Que pensez-vous de cette évolution des prises en charge?
- Que pensez-vous de la place occupée de la relation soignant soigné dans ce type de prise en charge

Annexe III : Tableaux d'analyse des entretiens

Objectif 1: Identifier les outils essentiels pour établir une relation soignant-soigné

Éléments importants de la relation soignant soigné		Établir une relation de confiance			
L'information du patient	La communication	Temps	Accueil	Adaptabilité	Identification
<p>« C'est d'abord l'information du patient »</p> <p>« les explications et la communication vis à vis de lui »</p> <p>« situer les lieux, de leur expliquer aussi un petit peu comment va se passer la journée... »</p> <p>« Les bonnes informations, les bonnes explications »</p> <p>« explications là à faire »</p> <p>Légende:</p> <p>IDE SSR</p> <p>IDE AMBU</p>	<p>« communication orale »</p> <p>« communication verbale »</p> <p>« communication non verbale », ça va être le toucher »</p> <p>« juste un contact sur l'épaule »</p> <p>« faire un geste rassurant c'est ça qui va permettre d'établir un contact »</p> <p>« soit la communication verbale ou non verbale »</p> <p>« les explications et la communication vis à vis de lui »</p> <p>« Dans la bienveillance, avec le sourire »</p> <p>« La communication qui s'installe dès le départ »</p>	<p>« il y a le facteur temps »</p> <p>« on voit les patients un peu plus longtemps »</p> <p>« établir un contact dans la durée »</p> <p>« si on prend du temps pour expliquer les choses généralement ça se passe bien »</p> <p>« le problème du temps »</p> <p>« ce temps-là on ne l'a pas toujours »</p> <p>« La relation est créée dans les premières minutes »</p> <p>« on leur laisse le temps »</p>	<p>« quand on les accueille »</p> <p>« on accueille déjà avec le sourire, de façon agréable »</p> <p>« La façon d'accueillir »</p>	<p>« Sur certaines personnes il va y avoir tout de suite une relation de confiance »</p> <p>« en se mettant à l'échelle du patient »</p> <p>« il faut s'adapter à la communication du patient »</p> <p>« il faut employer un vocabulaire qui soit adapté à la personne »</p> <p>« l'adaptabilité à la personne et puis se faire comprendre quoi... »</p>	<p>« on n'aura pas établi cette relation, c'est-à-dire cette identification »</p> <p>« moi je m'appelle F. je suis infirmier, c'est moi qui vais prendre soin de vous aujourd'hui »</p> <p>« j'essaie toujours de me présenter »</p> <p>« au moins elle aura mis un visage sur la personne à qui elle va avoir à faire »</p>

		« mais on leur laisse le temps » « on leur laisse penser qu'on a tout notre temps »			
5	9	10	3	5	4

Objectif 2 : Identifier le rôle du recueil de données dans la relation soignant soigné

Outils pour accueillir un patient			Ressources pour recueillir les infos			
Entretien	Livret d'accueil	Dossier patient	Recueil de données	Famille	Aide soignante	Observation
<p>« On n'a pas vraiment d'outils à proprement parler »</p> <p>« Nous on a pas grand-chose en outils »</p> <p>« On a un temps infirmier où l'on lui donne tous les éléments et les informations nécessaires à son hospitalisation »</p> <p>« On leur explique à l'oral quoi »</p> <p>« Je prends un temps je fais ce que j'ai à faire »</p> <p>« Après je prends un temps je dis: est ce que vous avez des questions? »</p> <p>« J'essaye toujours de prendre un temps pour répondre à ces questions-là »</p>	<p>« On a pas de livret d'accueil, on a juste le consentement du patient [...] la personne de confiance »*</p> <p>« Mais on a pas de livret d'accueil »</p> <p>« le consentement du patient »</p>	<p>« on a le dossier, on a l'informatique aussi qui nous aide »</p> <p>« on ramasse tous les papiers qui font que le dossier sera complet »</p> <p>« je me sers beaucoup du dossier »</p> <p>« regarder dans le dossier »</p> <p>« jongler entre le dossier et ce qu'on voit avec la personne »</p> <p>« Chose qui ont été dites sur le résumé de soin »</p> <p>« dossier qu'on a sur ses antécédents »</p>	<p>« Le recueil de données qui est fait en amont »</p> <p>« c'est questions qui sont toutes faites »</p> <p>« je fais un recueil de données »</p> <p>« je prends leurs constantes, je regarde si ils ont des pansements fin tout la démarche, on va dire, obligatoire »</p>	<p>« vérifier avec qui il repart »</p> <p>« c'est quand la famille est là on essaye de les voir pas forcément quand le patient est là »</p> <p>« pour savoir si ils ont des choses à nous dire par rapport à pourquoi il est hospitalisé »</p> <p>« la personne de confiance »</p>	<p>« on travaille en binôme, on va souvent à 2 avec l'AS dans la chambre »</p> <p>« le temps que les aides-soignantes aillent faire l'entrée »</p> <p>« l'AS qui est là pour poser ses questions »</p> <p>« se mettre en contact avec l'AS entre collègues »</p>	<p>« ils vont nous reconnaître »</p> <p>« on vérifie son identité »</p> <p>« si on voit qu'il est anxieux »</p> <p>« il y a des patient plus fermés que d'autres »</p>
7	3	7	4	4	4	4

Objectif 2 bis: Identifier les informations recueillies

Types d'informations	
Capacité de compréhension	Dépend du patient
<p>« est-ce que vous savez pourquoi vous êtes ici ? »</p> <p>« savoir si la personne est capable de comprendre ce que je vais lui dire »</p> <p>« n'est pas forcément en capacité »</p>	<p>« en fonction des patients »</p> <p>« toutes entrées ne se ressemblent pas »</p> <p>« on va essayer de ne pas trop entrer dans l'intimité, s'ils n'en ont pas envie »</p> <p>« on adapte la façon de faire l'entrée au patient je dirais »</p>
3	4

Objectif 3 : Déterminer l'influence de la durée d'hospitalisation sur la relation soignant soigné

L'influence de la durée d'hospitalisation				Unité de longue durée		Unité de courte durée	
Compliance au soin	Collaboration	Mise en place de la relation	Organisation	Relation de confiance +	Routine -	Rapidité des prises en charge -	Moins de risques +
<p>« compliance au soin »</p> <p>« adhésion à ce qu'on fait »</p> <p>« la personne soignée visualise bien pourquoi on vient »</p>	<p>« une bonne collaboration ça prend du temps »</p> <p>« avancer plus facilement si on connaît bien la personne »</p>	<p>« il faut qu'on crée cette relation tout de suite »</p> <p>« il faut que ça se passe dans les cinq premières minutes de l'entrée »</p>	<p>« si on montre que nous-mêmes on est pressé et stressé, ça ne va pas bien se passer quoi »</p> <p>« on prend notre temps »</p> <p>« Mais en aucun cas, on a fait ressentir cette précipitation aux patients »</p> <p>« Ca attendra et je prendrai mon temps »</p> <p>« il faut prendre son temps »</p>	<p>« établir une vraie relation de confiance »</p> <p>« une relation d'adéquation entre les deux »</p> <p>« c'est faire avec, ce n'est pas faire à la place »</p> <p>« c'est l'avantage d'avoir du temps »</p> <p>« c'est à force du temps qu'ils vont se rendre que ce qu'on dit c'est vrai »</p>	<p>« situation de confort »</p> <p>« relation de routine et ça va être contre-productif »</p> <p>« on risque de se retrouver dans un situation de confort »</p> <p>« Ça peut arriver que quelque fois on soit lassé »</p> <p>« il peut y avoir plus de progression ou même un refus de soin »</p>	<p>« il faut que ça aille vite »</p> <p>« que l'instauration de cette relation aille vite »</p> <p>« ca va vite »</p> <p>« la prise en charge est rapide »</p>	<p>« moins d'infections nosocomiales »</p> <p>« Rester à l'hôpital il y a aussi des risques hein, il va y avoir les maladies nosocomiales »</p>
3	2	2	5	5	5	4	2

Objectif 4 : Déterminer la place du soin relationnel dans l'évolution des prises en charge à courte durée

Raccourcissement des durées d'hospitalisation			Evolution de la place du relationnelle	
Impression d'abandon des patients	Différents besoin	Effet pervers	Diminution du relationnel	Informatisation
<p>« l'impression qu'on les abandonne à leur triste sort chez eux »</p> <p>« on ne s'en occupe pas »</p> <p>« on les opère juste et ils rentrent chez eux »</p> <p>« l'impression qu'on les abandonnait »</p>	<p>« Toutes les personnes soignées sont différentes »</p> <p>« Tous les hommes et toutes les femmes sont différents les uns des autres »</p> <p>« nos soins vont être forcément d'une personne à l'autre »</p> <p>« il y en a qui ont besoin de rentrer chez eux »</p>	<p>« cette course à « l'échalote » qui peut avoir des effets pervers »</p> <p>« on va se retrouver dans des situations où « ah oui c'est plus notre domaine » « ah bah si c'est du soin » »</p> <p>C'est l'effet pervers de diminuer la DMS c'est dès qu'on va un peu mieux « allez hop, on part »</p> <p>« je ne suis pas emballé par l'idée »</p>	<p>« Moins de relationnel »</p> <p>« diminution des relations soignants soigné »</p> <p>« moins de temps qui sont passés auprès du soigné »</p> <p>« course pour réussir à faire tous les soins »</p> <p>« je dirais qu'elle a diminuée »</p> <p>« beaucoup moins de temps auprès du patient »</p> <p>« on essaye de perdurer ce relationnel et ne pas le diminuer »</p>	<p>« beaucoup auprès de notre ordinateur »</p> <p>« 3 heures devant un ordinateur »</p> <p>« vérification des médicaments, transmissions... »</p> <p>« on va s'écarter un peu de la personne soignée »</p> <p>« par exemple l'informatisation »</p> <p>« transmissions informatisées »</p> <p>« être plus souvent sur leur ordinateur »</p> <p>« être sur l'ordinateur à regarder un bilan »</p>
4	4	4	7	8

Annexe IV: Retranscription des entretiens

Entretien Ambulatoire

ESI : Je vais commencer par me présenter si vous voulez. Donc, je suis étudiante infirmière en troisième année à l'école infirmière du CHU de Rennes et je suis actuellement en train de réaliser mon mémoire de fin d'année. Du coup, c'est sur l'impact de la connaissance du patient et sur la durée d'hospitalisation sur la relation soignant soigné

J'ai décidé de réaliser deux entretiens avec un infirmier en ambulatoire et un infirmier en SSR pour comparer un peu les durées d'hospitalisation. Et c'est pour ça que je vous ai contacté pour faire un entretien. J'ai environ 8 questions, l'entretien va donc durer environ une demi-heure. Est-ce que ça vous va ?

IDE : Oui parfait

ESI : Pour commencer, est ce que vous pouvez vous présenter brièvement, votre parcours professionnel, depuis quand vous exercez...

IDE : D'accord, donc en fait, ça fait presque 23 ans que je suis infirmière. Donc j'ai toujours travaillé dans un centre hospitalier. J'ai travaillé d'abord un an dans le pool général, c'est-à-dire que j'ai fait tous les services hospitaliers. Ensuite, j'ai travaillé pendant 3 ans dans un service d'ORL et ensuite j'ai travaillé en chirurgie ambulatoire.

ESI : D'accord, Du coup vous avez été diplômé il y a 23 ans ?

IDE : Euh en 98... euh en 97 pardon. J'ai commencé à travailler en 98

ESI : Ok, du coup, votre service de chirurgie ambulatoire, ça accueille quel genre de pathologies...fin de chirurgie ? C'est pour les enfants, les adultes ?

IDE : On accueille des patients, je dirais de 7 à 77 ans. Euh... donc pas les enfants trop jeunes car ils ne sont pas dans la capacité d'endormir en deçà de 3 ans et après ça va jusqu'à la possibilité que peut avoir la chirurgie ambulatoire d'accueillir un patient en ambulatoire.

ESI : D'accord, ok. Ma première question, c'était par rapport à la relation soignant soigné. Selon vous, quels sont les éléments les plus importants qui interviennent dans une relation soignant soigné?

IDE : Les éléments les plus importants, je dirais que c'est d'abord l'information du patient, les explications et la communication vis à vis de lui. Euh...et tout ce qui est aussi l'accueil parce que, j'axe plutôt sur la chirurgie ambulatoire hein. Dès la première minute, si on n'arrive pas à établir cette relation euh ... le séjour du patient va tout de suite compatir si la prise en soin, n'est pas du départ une prise en soins de qualité. Le patient ne va pas se sentir en confiance et ne va pas adhérer à cette pris en charge.

ESI : Ok, du coup les éléments les plus importants, ça serait, selon vous, l'accueil directement ?

IDE : L'accueil, oui voilà, la façon d'accueillir en fait, la façon dans la bienveillance qu'on peut avoir vis à vis du patient où si ça ne se voit pas tout de suite... fin je sais que chez nous, les patients à posteriori, quand on les appelle le lendemain pour savoir comment ça s'est passé ils disent « On a été très bien accueilli, avec le sourire, vous êtes gentil... » Je pense que ça se sont des éléments très importants.

ESI : D'accord, du coup, dans la continuité, comme vous disiez. Dans votre pratique quotidienne, comment, justement vous établissez cette relation avec la personne soignée, comment établissez-vous une relation de confiance, même parfois? Par quels moyens ?

IDE : Déjà, quand on les accueille, bon là maintenant avec les masques on voit plus tellement mais de toute façon les patients nous le disent quand même, on accueille déjà avec le sourire, de façon agréable, on présente la chambre, parce que nous on fonctionne encore avec des chambres en ambulatoire. Le fait de situer les lieux, de leur expliquer aussi un petit peu comment va se passer la journée où les heures qui viennent en fonction de ce qu'ils vont avoir comme intervention. C'est ce que je disais au début, les bonnes informations, les bonnes explications, tout ça, font qu'il y a déjà une bonne relation qui s'instaure. Et en plus, nous comme on travaille en binôme, on va souvent à 2 avec l'aide-soignante dans la chambre. Et euh...ce qui fait que les patients aiment bien parce que la communication qui s'installe dès le départ et voilà la relation est créée dans les premières minutes.

ESI : D'accord, parfait. Justement, quand vous accueillez un patient dans votre service, de quels outils vous vous servez pour le prendre en charge au mieux?

IDE : Euh...On n'a pas vraiment d'outils à proprement parler.

ESI : Par exemple le dossier

IDE : Alors oui, on a le dossier, on a l'informatique aussi qui nous aide. Voilà c'est comment ça qu'on entreprend l'entrée d'un patient je dirais.

ESI : Ok, et lors de l'entrée d'un patient vous posez quelles questions, comment se déroule l'accueil ?

IDE : Bah en fait, quand le patient entre, on leur demande bah évidemment si ils sont à jeun pour leur intervention, s'ils ont pris leur douche... nous on fonctionne encore à la douche à l'antiseptique, on ramasse tous les papiers qui font que le dossier sera complet, c'est-à-dire les consentements, les recommandations d'anesthésie, les prises de sang si nécessaire. En ce moment, bien sûr, le PCR, voilà. Et euh...une fois que le dossier est complet, après on prend les paramédicaux et éventuellement, il y a une prémédication. On tend vers le patient debout, mais on n'y est pas encore donc il y a encore des prémédications qui se donnent. Donc voilà. Et après on pose éventuellement, un cathéter si c'est nécessaire, en fonction du type de spécialité pour lequel le patient vient.

ESI : D'accord et du coup comment faites-vous pour recueillir les informations nécessaires ? Vous vous servez d'un recueil de données par exemple? Est-ce que vous allez dans la chambre du patient prendre un temps avec lui pour recueillir les informations ?

IDE : En fait, si vous voulez, nous on procède de façon un petit peu différente, c'est à dire que le patient est vu quand il vient aux consultations d'anesthésie. Ensuite, ils nous rencontrent et on a un temps infirmier où l'on lui donne tous les éléments et les informations nécessaires à son hospitalisation. On lui fournit tous les papiers à remplir, etc. pour son hospitalisation. On réalise des prises de sang sur place si nécessaire, les électrocardiogrammes etc. Et donc, bah il a déjà un premier contact avec un membre de l'équipe qui parfois, fin on leur dit parfois « Bah oui c'est nous. Je suis du matin ce jour-là » Donc ils sont contents parce qu'ils vont nous avoir, ils vont nous reconnaître, et ça les met encore plus en confiance je dirais. Mais sinon, ouais effectivement, on va auprès du patient avec le dossier et le recueil de données qui est fait en amont à cette consultation après l'anesthésiste. Et nous après, on retourne voir le patient quand même pour vérifier quand même avec qui il repart, s'il y a bien quelqu'un qui vient le rechercher, vérifiez évidemment son identité, bien sûr, à son entrée.

ESI : Et du coup, dans ces informations là qu'est ce que vous leur demandez principalement comme informations ? Il y a le fait qu'ils soient à jeun...et sur le niveau, j' ai envie de dire, un peu plus personnel, est ce que vous posez des questions plus personnelles ?

IDE : Bah... après pas à ce moment-là en fait euh...quand on va faire l'entrée. Alors après, c'est toujours pareil, c'est en fonction des patients. Toutes les entrées ne se ressemblent pas. C'est à dire que quand on va aller voir un patient, si on le voit, si on voit qu'il est anxieux, euh...on va peut-être plus axée sur la pluie et le beau temps, ce qui se passe dehors pour essayer de le détendre un petit peu. Vous voyez, on va appuyer plus sur une conversation. Après, il y a des patients qui sont plus fermés que d'autres. Là, on va essayer de ne pas trop entrer dans l'intimité, s'ils n'en ont pas envie. Fin vraiment, on adapte la façon de faire l'entrée au patient je dirais. On ne brusque pas les patients déjà. C'est vrai qu'on a une collègue qui a tendance...des patients ne sont pas encore déshabillés, qu'elle leur saute dessus pour poser le cathéter, pour avoir les informations. Ce n'est pas le but car si on presse un patient en ambulatoire ça va très mal se passer pour lui, il va être stressé, encore plus anxieux qu'il peut ne l'être déjà. Donc on leur laisse le temps. Alors que finalement, on n'a pas vraiment le temps. Mais on leur laisse le temps. On leur laisse penser qu'on a tout notre temps. Moi un patient je le perfuse au lit, tranquillement installé, on parle de la réservation des vacances d'été, on parle de tout. Et voilà quoi, pour que ça se passe au mieux pour lui.

ESI : C'est intéressant ce que vous dites justement, parce que la prochaine question, c'est dans quelles mesure le temps d'hospitalisation influe-t-il sur votre relation avec le patient?

IDE : Ah bah de toute façon, en ambulatoire, il faut qu'on crée cette relation tout de suite parce que, comme vous disiez tout à l'heure, vous avez interrogé un infirmier de SSR lui il a le temps, je dirais, de mettre en place cette relation. Nous il faut que ça se passe dans les cinq premières minutes de l'entrée du patient. Et justement, si on les presse, si on les stresse, si on montre que nous-mêmes on est pressé et stressé, ça ne va pas bien se passer quoi.

ESI : Donc vous direz que le temps influe sur votre relation ou pas du tout ?

IDE : Non fin après c'est personnel-dépendant je dirais. C'est à dire que, euh... comme je le disais, nous on a une collègue qui est hyper stressée, qui est âgée pourtant elle a 50 ans je crois, donc vous voyez elle a quand même « de la bouteille » on pourrait dire. Mais elle vient d'arriver chez nous il y a 3-4 ans. Et elle a gardé les réflexes de son ancien service, qui était en service de médecine traditionnelle, et donc elle a gardé le réflexe de vite, vite, vite, au cas où il se passerait quelque chose et qu'on n'aurait pas le temps de gérer. Alors que c'est vrai que nous, on prend notre temps et on est tous dans l'équipe à travailler de cette façon-là. On ne va jamais, même si ça nous est déjà arrivé, d'accueillir un patient et de savoir que dans les dix minutes qui suivent, il faut qu'il soit au bloc opératoire. Mais en aucun cas, on a fait ressentir cette précipitation aux patients. Parce qu'on freine le brancardier et parce qu'on lui dit « bah cinq minutes quoi on n'est pas prêt ». J'ai jamais posé le cathéter « en urgence » parce que brancardier était dans le couloir. Ça attendra et je prendrai mon temps, encore plus si le patient déteste les piqûres. Donc voilà, il faut prendre son temps. C'est personnel dépendant, mais personnellement, moi ça ne m'influe pas, le temps n'influe pas sur la prise en charge.

ESI : D'accord. Du coup, comment vous gérez le fait de savoir que c'est une relation, on peut dire qui est sans lendemain finalement. Est-ce que ça change quelque chose pour vous de savoir que vous n'allez pas revoir le patient le lendemain? Euh... Est-ce que ça change quelque chose pour vous sur la prise en charge?

IDE : Personnellement, non, parce que ça fait longtemps que je travaille là-bas. Déjà on a des nouvelles parce qu'on les appelle le lendemain, au final on a quand même des nouvelles. Et puis vous

voyez, par exemple, là je suis allée faire une campagne de vaccination ce week-end. J'ai retrouvé une dame que j'avais pris en charge la semaine dernière et son visage, évidemment, je ne l'ai pas reconnue parce qu'elle était en civil donc je l'ai pas reconnue. Mais elle m'a reconnue et elle a dit aux patients que je prenais pour vacciner « vous pouvez lui faire confiance. C'est une bonne. Elle est super gentille, elle travaille bien en plus. Elle m'a soigné la semaine dernière ». Finalement, c'est gratifiant.

Et quand on les appelle le lendemain. C'est justement le reflet qu'on a, en fait, de notre prise en charge. Il y a personne qui nous dit « oh vous m'avez stressés » Non. Ils nous disent tous qu'on les a bien pris en charge et qu'ils étaient contents de leur hospitalisation. Voilà

ESI : Selon vous, quels sont les avantages et les inconvénients pour la relation soignant soigné dans une unité de très courte durée comme l'ambulatoire justement ?

IDE : Je dirais qu'il y a peut-être plus parfois d'inconvénient, c'est qu'il faut que ça aille vite, que l'instauration de cette relation aille vite et que tout le monde n'est pas justement en capacité de faire ça. Nous on le voit, fin je ne sais pas si vous avez pu aller en stage dans une structure ambulatoire. Les étudiants n'aiment pas venir chez nous.

ESI : C'est vrai que c'est totalement différent comme structure. J'ai fait 6 semaines la bas et c'est pas du tout pareil, c'est peut-être même frustrant quand nous on fait pratiquement que des stages dans les longues durées. Quand on n'est pas habitué, c'est très compliqué de s'adapter au début.

IDE : De toute façon, c'est toujours le reflet qu'on a. Les étudiants aides-soignants, alors là, ils ont saint horreur de venir chez nous parce qu'ils n'ont pas leur petit train-train, routine de : je prends les transmissions, je distribue mes petits déjeuners, je fais mes toilettes et arrive le moment du repas parce que en ambulatoire, c'est pas du tout comme ça. Et les étudiants infirmiers ont énormément de mal par rapport à l'organisation. C'est à dire que ça va vite, la prise en charge est rapide. Tous les jours, les patients changent et c'est pour eux très compliqué.

ESI : Est-ce que vous pensez qu'il y a quand même des avantages, à ce genre d'unité?

IDE : Ben oui, parce qu'en fait, les gens sont beaucoup moins longtemps à l'hôpital, risquent beaucoup moins d'infections nosocomiales, rentrent chez eux plus rapidement. Fin moi c'est dans ce sens-là que je le vois surtout. Les avantages pour nous en tant que soignants, euh... Moi, j'adore la diversité de cette structure, en fait, on voit plein de choses et, en plus, on reste au goût du jour. L'ambulatoire, d'après ce qu'on entend, c'est vraiment l'avenir. Fin moi je ne sais pas mais goûter à la gynéco, l'endoscopie traumatologique, viscéral, stomatologie, douleur fin voit plein plein de choses spécifiques. On touche à tout, c'est ça qui est intéressant.

ESI : Ensuite, le travail infirmier, justement, se voit reconfiguré par des raccourcissements, des séjours hospitaliers aussi du coup, il y a de plus en plus d'ambulatoire. Qu'est-ce que vous pensez de cette évolution des prises en charge? Le fait de tout raccourcir.

IDE : Disons que je trouve que c'est un bien. Pour les patients moi je trouve ça mieux, le problème étant de le faire comprendre aux patients. Parce que parfois, ils ont un peu l'impression qu'on les abandonne à leur triste sort chez eux. On ne s'en occupe pas, on les opère juste et on les renvoie chez eux. Au début, quand j'ai commencé à bosser, il faut imaginer qu'une cholécystectomie. Il rentrait la veille, ils étaient opérés, on les laissait 48H à jeun dans leur lit au repos strict avec un redon, on leur donnait à boire que quand ils faisaient des gaz. Maintenant la cholécystectomie c'est en ambulatoire. C'est vrai que quand on a dû faire accepter ça aux gens, ça n'a pas été évident parce qu'ils n'ont pas bien compris ils ont eu l'impression qu'on les abandonnait.

ESI : Et vous en tant que soignant? Qu'est-ce que vous en pensez?

IDE : Moi, je trouve que c'est bien, c'est bien. Je trouve que c'est une prise en charge. Je dirais pas idéal, mais quand les critères sont réunis pour que l'ambulatoire soit possible, c'est totalement sécuritaire. Puisque ce n'est pas fait n'importe comment. On n'a pas dit un beau jour « tiens on va faire de l'ambulatoire pour telle ou telle intervention ». C'est calculé. Moi, je trouve que c'est totalement sécuritaire.

ESI : J'ai une dernière question. Vu que ça fait un certain temps que vous êtes infirmière maintenant, vous avez constaté une évolution ou non de la place occupée, du soin relationnel dans les prises en charge ?

IDE : ...

ESI : Je ne sais pas si j'ai été claire. Est-ce que vous pensez que la place du relationnelle a diminuée ou augmentée

IDE : Oui oui, augmentée ou diminuée... Alors en fait, si on analyse froidement la situation euh... dans certains cas je dirais qu'elle a diminué. C'est-à-dire, alors je m'explique. En fait, dans certains services euh... Ils ont eu tellement de euh... Vous voyez par exemple l'informatisation. Le fait de faire des transmissions informatisées etc, ca leur prend du temps donc ça plus, plus ça, plus ça dans certains services ils ont l'impression de passer beaucoup moins de temps auprès de leur patient et d'être plus souvent sur leur ordinateur ou à traiter des choses administratives. Alors, nous, en ce qui nous concerne dans le service d'ambulatoire moi j'ai pas eu cette impression-là, parce que le patient est resté au centre euh... comment dire... de nos inquiétudes et de... fin c'est resté le centre en fait. C'est-à-dire que comme on travaille en binôme, moi je peux être occupée à faire...fin je sais pas à regarder un bilan sur l'ordinateur par exemple, le temps que les aides-soignantes aillent faire l'entrée pour qu'ils puissent déjà créer ce premier lien avec le patient et nous ensuite on arrive et on continue. Donc si vous voulez le patient n'est jamais longtemps tout seul et on essaye de perdurer ce relationnel et ne pas le diminuer parce que je trouve que c'est très important, notamment dans une structure d'ambulatoire.

ESI : Ok bah je n'avais pas d'autres questions. Est- ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

IDE : Euh... non non, j'espère que je vous ai aidée

ESI : Oui c'était très claires vos réponses en tout cas. Je pense que ça va bien m'aider.

IDE : D'accord. Et bien écoutez je vous souhaite bon courage pour la suite

ESI : Oui merci d'avoir répondu à mes questions, c'est très gentil

IDE : Derrien, bonne journée. Au revoir

Entretien SSR

ESI : Je vais commencer par me présenter Je m'appelle Léa, je suis étudiante infirmière en troisième année à l'IFSI du CHU de Pontchaillou. Du coup, je suis en train de réaliser mon mémoire sur l'impact de la connaissance du patient et de la durée d'hospitalisation sur la relation soignant soigné. On doit réaliser des entretiens auprès infirmiers pour enrichir nos recherches. C'est pour ça que, du coup, je vous ai contacté pour faire un entretien.

IDE : Ok

ESI : Donc voilà, euh...du coup cela va durer... normalement j'ai 8 questions donc ça va durer environ 30 min. Je ne sais pas si ça vous va ?

IDE: Oui ça me va, pas de soucis ne vous inquiétez pas

ESI: Parfait ! Euh... Du coup pour commencer est ce que vous pouvez vous présenter, expliquer brièvement votre parcours, vos expériences professionnelles et depuis quand vous travaillez en SSR ?

IDE: D'accord, alors moi je m'appelle François, je suis infirmier diplômé d'Etat depuis Avril 2011. Juste après mon diplôme je suis allé directement au CH de ma commune et j'ai commencé pratiquement tout de suite au SSR, j'ai travaillé de 2011 à 2013 au SSR, ensuite j'ai une brève expérience en USC donc en Réa, j'ai bossé 2 ans en chirurgie, toujours dans le même hôpital, ensuite je suis retourné en SSR, euh... non j'ai d'abord bossé en maison de retraite pendant 1 an. Ensuite, j'ai rebossé pendant 2 ans au SSR jusqu'en 2018 puis après là j'ai travaillé 1 an et demi en faisant fonction de cadre au bloc opératoire puis en EHPAD puis je suis revenu en SSR depuis le mois d'octobre donc en tout j'ai plus de 5 ans d'expérience en SSR sur plusieurs étapes. Voilà pour mon expérience professionnelle sinon auparavant je travaillais dans l'éducation nationale en tant que surveillant. Voilà.

ESI : D'accord. Alors du coup ma première question c'était par rapport à la relation soignant soigné. Du coup c'était : Selon vous, quels sont les éléments les plus importants qui interviennent dans votre relation avec le patient et pouvez-vous les expliquer ?

IDE : Les éléments les plus importants qui interviennent ? Euh... Oula vous posez une colle. Euh... bah c'est le contact on va dire. Le contact avec le patient ça va être sur l'aspect on va dire... parole. Je n'arrive pas à trouver mes mots... Sur la communication orale... Euh... la communication verbale ça y est c'est ça ! La communication verbale que je vais avoir avec le patient qui va être un aspect important, peut-être pas le plus important mais qui va être un aspect important qui va permettre d'établir une relation sur la spécificité du SSR c'est-à-dire que tous les patients, on ne peut pas avoir une communication verbale « sencée » avec tous les patients. Donc quand il peut y avoir cette relation-là, on peut plus facilement réussir à avoir une compliance des soins, à avoir un accord par rapport aux soins. Si ce n'est pas le cas ce qui va être important ça va être la communication non verbale, ça va être le toucher et en ce ,tte période ça va être juste un contact sur l'épaule, faire un geste rassurant c'est ça qui va permettre d'établir un contact et établir une relation soignant soigné. Et une fois que cette relation soignant soigné est mise en place. On peut réussir à avoir une bonne compliance des soins et des soins qui soient satisfaisant Je ne sais pas si je réponds à votre question.

ESI : Si tout à fait. Du coup ma question d'après, vous y avez un peu répondu justement c'est dans votre pratique quotidienne, comment établissez-vous justement une relation de confiance avec les personnes soignées ? Par quels moyens ?

IDE : Alors ça dépend des personnes. Sur certaines personnes il va y avoir tout de suite une relation de confiance euh... sur d'autres personnes à l'inverse...il peut y avoir plein de facteurs qui sont difficiles à analyser, cette relation de confiance s'installe pas donc elle va toujours demander où va

être toujours plus dans l'opposition. Ça va dépendre des personnes, ça va dépendre de plein de choses qui sont difficiles à dire. Mais il y a aussi le facteur temps. Au SSR, c'est ça aussi la spécificité du SSR c'est qu'on est un service hospitalier mais on a un peu plus...fin on voit les patients un peu plus longtemps que sur un service de médecine ou de chirurgie. Donc, on peut se permettre d'avoir...d'établir un contact dans la durée. Donc, autant avec les bons côtés c'est-à-dire que si ça se passe bien on peut vraiment réussir à faire évoluer les gens, et c'est aussi un atout du SSR de leur redonner une autonomie parce que ils vont beaucoup plus adhérer aux soins, et une fois qu'on établit un peu avancer très bien. Ou alors, ça va être plus compliqué, ça va demander soit, passer par d'autres personnes, soit par d'autres soignants. Donc oui euh... Je vais m'excuser mais j'ai oublié votre question ...excusez-moi...

ESI : Comment établissez-vous une relation de confiance avec la personne soignée ? Et notamment par quels moyens ?

IDE : Alors, oui c'est ce que j'ai dit soit la communication verbale ou non verbale, ça va aller par le toucher, surtout pour les patients qui vont être demandeur, qui ont besoin d'avoir un contact et c'est ça qui est très problématique en cette période du COVID où on est beaucoup plus restreint au niveau des contacts fin beaucoup plus restreint... Voilà...C'est beaucoup plus difficile d'avoir un contact qui est juste car ils voient que des masques et c'est très... très... dépersonnalisé on va dire euh...et pour les patients qui ont besoin de repères c'est encore plus anxiogène quoi...Donc pour établir le contact euh... c'est pour moi c'est beaucoup de communication verbale en se mettant comment dire... en se mettant à l'échelle du patient, je ne sais pas si vous comprenez ce que je veux dire. C'est-à-dire qu'il faut s'adapter à la communication du patient. On ne va pas parler à quelqu'un qui vient... je ne sais pas ...de campagne, c'est un peu caricatural ce que je dis, mais quelqu'un qui est de la campagne on ne va pas venir lui parler et lui dire vous êtes en anémie à 8 grammes, il faut vous faire une transfusion sanguine. Il faut essayer d'employer un vocabulaire qui soit adapté à la personne.

ESI : D'accord, donc l'adaptabilité du coup

IDE : Ouais... L'adaptation à la personne et puis se faire comprendre quoi...parce que il y a plein de personnes qui sont hospitalisées qui vont pas oser dire « bah je suis désolée je n'ai pas compris ce que vous m'avez dit » Ils vont dire « oui oui » et ils ne vont pas forcément comprendre. Par contre, si on prend...fin c'est toujours la difficulté que ce soit dans n'importe quel lieu de soins, si on prend du temps pour expliquer les choses généralement ça se passe bien. Le problème... bah vous avez dû le rencontrer pas mal lors de vos stages, c'est le problème du temps. Ce temps-là on ne l'a pas toujours. Voilà

ESI : Parfait. Après, j'avais plus des questions sur... Alors quand vous accueillez un patient dans votre service, justement, de quels outils vous servez vous pour prendre au mieux en charge ce patient sur l'organisation de la prise en charge au fur et à mesure après ?

IDE : Euh...

ESI : De quels outils vous servez vous quand vous accueillez le patient ?

IDE : Alors... Nous on a pas grand-chose en outils, en outils, on va dire concret. On a pas de livret d'accueil, on a juste euh... bah le consentement du patient, il y a le contrat normalement d'adhésion au SSR, qu'ils ont eu en médecine. En cette période c'est un peu compliqué... Et il y a la personne de confiance. Mais on n'a pas de livret d'accueil SSR. Donc ça se fait en 2 parties, ça va souvent se découler au fur et à mesure. On leur explique à l'oral quoi. Desfois si c'est des personnes en capacité on va leur expliquer bah voilà les repas sont à 18H45, à 8H et à 12H. Moi personnellement je prends un temps je fais ce que j'ai à faire c'est-à-dire je prends leurs constantes, je regarde si ils ont des

pansements, fin toute la démarche on va dire, obligatoire, d'une entrée et après je prends un temps je dis : est-ce que vous avez des questions ? Auxquelles je peux répondre... Si elle pose des questions sur la gestion du linge, sur les visites, sur ça... Donc j'essaye toujours de prendre un temps pour répondre à ces questions-là parce que... ce n'est pas un outil, c'est juste une façon de faire, une procédure on va dire. Voilà.

ESI : Du coup ça réponds un peu à mon autre question aussi. Comment vous faites pour recueillir les informations nécessaires à la prise en charge du patient ? Par exemple pour faire le recueil de données car je pense que c'est un élément important pour la prise en charge. Comment vous faites ? Est-ce que vous allez dans la chambre du patient ? Vous y allez avec une aide-soignante ? Vous rencontrez la famille ? Vous lisez le dossier ?

IDE : Alors, euh... bah là en période COVID la famille ne rentre pas dans la chambre. Avant, il y a plus d'un an maintenant, ce qu'on faisait c'est quand la famille est là, on essayait de les voir pas forcément quand le patient était là, plutôt quand le patient était pas là pour savoir si ils avaient des choses à nous dire par rapport à pourquoi il était hospitalisé, c'est pas toujours facile de dire devant son père, devant sa mère ou voilà sur des choses un peu plus intimes... sinon il y a l'aide-soignante qui est là pour poser ses propres questions sur le repas sur les choses comme ça et après on essaye de se mettre en contact avec l'aide-soignante entre collègue. Et puis, bah oui c'est des questions qui sont toutes faites. Vous savez pourquoi vous êtes ici ? Vous savez où vous êtes ? « Ah ouais je suis en ... parce que il y a toujours des « Bah oui je suis en maison de retraite » Non non, vous n'êtes pas en maison de retraite vous êtes au SSR, SSR c'est encore l'hôpital. Il y a toujours cette explication-là à faire parce que c'est très compliqué pour les personnes âgées d'identifier que vous êtes dans un hôpital mais vous êtes dans la maison de santé là où il y a les EHPAD. Et aussi essayer de dissocier ça ... dire que ... dire ça et puis voilà quoi. Donc euh... ouais répondre à ces différentes questions. Et essayer de mettre toujours le patient au centre de ce qu'on fait c'est à dire je fais un recueil de données, je me sers beaucoup de l'ordinateur ou du dossier qu'on a sur ses antécédents, sur des choses qui ont été dites sur le résumé de soins fait par les collègues mais c'est toujours intéressant d'avoir le point de vue du patient, ça dépend toujours aussi du facteur temps. La solution de facilité c'est de regarder dans le dossier, de faire son entrée pratiquement que par le dossier, d'aller juste voir le patient prendre sa tension et point. On aura quand même des infos, on n'aura pas forcément tous et surtout on n'aura pas établi cette relation, c'est-à-dire cette identification. Si on entre dans la chambre en disant, la première chose, moi je m'appelle François je suis infirmier, c'est moi qui vais prendre soin de vous aujourd'hui, déjà, même si la personne ... alors moi je le dis pour tout le monde... mais même si la personne n'est pas en capacité de comprendre j'essaye toujours de me présenter même si elle ne va pas retenir mon prénom, au moins elle aura mis un visage sur la personne qui qui ... à qui elle va avoir à faire. Je trouve ça plus rassurant. Mais après ça c'est des choses personnelles. Voilà

ESI : D'accord. Donc selon vous, quelles sont les informations les plus importantes que vous demandez systématiquement pour justement améliorer la prise en charge par derrière ?

IDE : Euh... les informations les plus importantes... euh... c'est plutôt une sorte de question « est-ce que vous savez pourquoi vous êtes ici ? » Il y a beaucoup de personnes qui vont nous dire « bah je ne sais pas trop » Après donc ça permet de reprendre « donc vous êtes tombées chez vous ? », par exemple... vous êtes tombés ?

« Ah oui oui je suis tombé »,

« Vous vous êtes fracturé la jambe ? »,

« Ah oui »

« Donc vous avez peut-être besoin de réapprendre à marcher »

« Oui oui »

« Et bah c'est pour ça que vous êtes ici »

Donc en même temps c'est aider le patient à faire... à combler les trous quoi. Sur d'autres prises en charge, les informations ça va être, savoir est ce que la personne est en capacité de comprendre ce que je vais lui dire. Je vais rentrer dans la chambre quelque fois et je me rends compte que, bah non elle n'est pas forcément en capacité donc ...donc ces informations là... c'est pour ça que entre le dossier et ce qu'on voit avec la personne faut réussir à jongler avec les 2 quoi. Si je fais sur une entrée type, je vais d'abord regarder le dossier, regarder un petit peu tout, je vais prendre les informations qui vont être importantes pour moi et je vais aller voir la personne après. Voilà

ESI : D'accord, super merci ! Ensuite, dans quelles mesures le temps d'hospitalisation influe-t-il sur votre prise en soin ?

IDE : Normalement, elle n'influe pas directement sur ma prise en soin. Ma prise en soin, normalement, que le patient soit là une journée ou 3 jours, j'ai toujours un objectif de soin. Après, ça peut influencer sur la relation que j'ai avec le patient, sur la compliance au soin ou l'adhésion à ce qu'on fait. C'est-à-dire, si le patient reste peu de temps, ça veut dire que souvent c'est une hospitalisation sans trop de difficultés avec un retour à domicile et puis voilà. Donc, ça pose pas trop de souci ça va être une rééducation simple. Ou alors, au contraire, si elle ne reste pas longtemps c'est parce que elle est transférée dans un service de court séjour ou elle a d'autres difficultés donc dans ce cas-là c'est plus compliqué. La difficulté au SSR c'est effectivement si la personne reste trop longtemps. Ce qu'on retrouve plusieurs fois c'est un peu le syndrome... c'est à dire que ...fin j'appelle ça comme ça, c'est un peu personnel. C'est à dire qu'au bout d'un moment le patient ne va plus avoir d'objectifs de sortie parce que de toute façon elle est là. Je ne sais pas si je me fais bien comprendre. On va plus progresser quoi. On va ...Le patient va se sentir presque trop à l'aise au SSR donc va prendre ses habitudes, ça peut être euh voilà...sur ses affaires. Il va y avoir plein d'affaires dans la chambre, ça va être vraiment une vraie installation dans ces cas-là, quelque fois, il peut y avoir plus de progression ou même un refus de soin « moi j'en ai marre ça fait 2 mois que je suis là et j'ai l'impression que ça avance pas » Donc dans ces cas-là ça va influencer sur le ... Même pas... ça doit pas influencer sur notre prise en soin... même pas. Ça peut arriver que quelque fois on soit lassé et de se dire « punaise on fait rien, je fais un pansement et ça avance pas » Mais je garde toujours le même objectif que le patient sorte.

ESI : Est-ce que vous pensez que le temps a plutôt une influence sur votre relation avec le patient ? Est-ce que ça influence... ?

IDE : Oui... ouais. Le temps peut avoir une influence sur la relation avec le patient. Comme je le dis si c'est trop long...Une bonne collaboration entre soignant soigné ça prend du temps. La plupart du temps on peut réussir à avancer plus facilement si on connaît bien la personne soignée, si la personne soignée visualise bien pourquoi on vient quoi ou elle visualise bien comment on travaille. Mais par contre, si c'est trop, si ça dure trop longtemps et si la personne soignée ne voit pas d'évolution... l'important c'est de toujours garder une évolution, faire avancer la machine et ne pas tomber dans la routine. Parce que si on tombe dans la routine, je pense que c'est contre-productif à un moment on ne va pas... on n'avance pas. Euh... Si la personne soignée ne voit pas de solutions oui ou non ça va être pareil, c'est-à-dire que si on ne voit pas d'évolution en tant qu'infirmier, si on va au staff et qu'on dit pourquoi ça avance pas « bah parce que il manque tels trucs, tels trucs, tels trucs »... on voit pas, fin on va pas avoir... Fin on fait un métier, fin moi personnellement, je fais un métier pour voir des choses différentes. C'est le gros avantage d'infirmier c'est que normalement il y a pas une journée qui

ressemble à l'autre et si on fait toutes les journées toujours les mêmes soins et les mêmes choses... bah il y a le risque de tomber dans la routine et le risque de tomber dans la routine c'est de faire des erreurs. Je ne sais pas si je me fais bien comprendre.

ESI : Si si parfaitement, je comprends totalement. Euh... Après j'avais une question par rapport au temps. Selon vous quels sont les avantages ou les inconvénients pour la relation soignant soigné dans une unité de longue durée ? Du coup ça reprend un peu ce que vous avez dit.

IDE : Ouais bah c'est ça aussi l'avantage c'est qu'on peut établir une vraie relation de confiance, une vraie relation pas de complicité mais de ...comment... de...d'adéquation entre les deux. Je sais pas si... ce n'est pas tout à fait ça mais je veux dire que dans un soin il y a pas que le soignant il y a aussi le soigné et c'est vraiment un partage des tâches, on peut un... Nous on fait beaucoup de pansements en SSR, ça va être aussi... on va faire passer des messages au moment des pansements « bah vous voyez là vous avez un pansement d'escarre, il faut que mangiez plus » Au début, ils ne vont pas forcément nous faire confiance. Ils vont dire « ouais bah manger je ne vois pas le rapport avec le pansement » c'est à force d'avoir du temps et de dire « vous voyez si vous mangez plus ça va mieux aller » ils vont se rendre compte que ce qu'on dit bah c'est vrai. Pour les mobilisations, ce qu'on peut avoir beaucoup ...c'est quelqu'un qui refuse... « Ah bah oui mais là je suis chez vous et vous voulez pas me faire ma toilette » « bah non ce n'est pas ça, ce n'est pas qu'on veut pas faire votre toilette, c'est que vous êtes en capacité de le faire et quand vous serez chez vous vous le ferez tout seul. On est là pour vous accompagner et pas pour faire à votre place » C'est faire avec, ce n'est pas faire à la place. Donc ça sur le temps ça ne va pas se faire du jour au lendemain de toute façon. De toute façon c'est l'avantage d'avoir du temps. Et l'inconvénient, c'est quand on rentre dans un cercle vicieux, c'est-à-dire que à force, le patient ou même le soignant par facilité va faire à la place. Si on ne demande pas l'avis de la personne soignée, elle va être dans une situation de confort parce qu'elle va rien avoir à faire et nous aussi à la limite, parce que on passera moins de temps. Souvent c'est la course et hop là faut que vous soyez allongé, hop, hop je fais mon truc et c'est bon... ce n'est pas bon. Si on rentre dans cette relation-là, c'est ce que je disais, on ne va pas avancer, on va rentrer dans une relation de routine et ça va être contre-productif. C'est à dire que l'escarre ne va jamais soigner « bah je ne comprends pas le pansement il évolue pas » « Bah ouais mais est ce que on a fait passer à la personne qu'il fallait manger, qu'il fallait se mobiliser... Voilà si on ne fait pas passer ces messages là et qu'on fait juste notre soin point. 3 fois sur 4 ça ne va pas avancer. Donc ça c'est l'inconvénient si on reste trop longtemps c'est qu'on risque de se retrouver dans une situation de « confort ». Donc c'est ce que je trouve comme avantage et inconvénient.

ESI : Actuellement le travail infirmier se voit reconfiguré par le raccourcissement des séjours hospitaliers de plus en plus. Euh... Que pensez-vous de cette évolution des prises en charge justement ?

IDE : Euh...Après en SSR on n'est pas forcément...Fin si on est touché aussi...Euh je ne suis pas emballé par cette idée de faire du soin ... Mais d'un autre côté, c'est vachement bien que les personnes ... la finalité c'est aussi que les personnes au maximum à domicile et puisse avoir des soins à domicile ça c'est très bien si les personnes sont chez elles on va réussir...elles vont être pour la plupart plus à l'aise et mieux. Après c'est un peu cette course à « l'échalote » qui peut avoir des effets pervers quoi. C'est-à-dire qu'on va se retrouver dans des situations où « ah oui c'est plus notre domaine » « ah bah si c'est du soin » Je pense que toutes les personnes soignées sont différents. Tous les hommes et toutes les femmes sont différents les uns des autres donc nos soins vont être forcément différent d'une personne à l'autre. Il y en a qui ont besoin de rentrer chez eux, et d'autre pour lesquels et ben c'est vachement important qu'on aille au bout quoi, qu'on aille au bout du soin. C'est l'effet pervers de diminuer la DMS, c'est que bah dès qu'on va un peu mieux « allez hop, on part » et on est remplacé par quelqu'un d'autre. Voilà. Donc je ne suis pas emballé par l'idée même si ce n'est pas que mauvais quoi. Diminuer le séjour ce n'est pas que mauvais. Rester à l'hôpital il y a aussi

des risques hein, il va y avoir les maladies nosocomiales, l'institutionnalisation...fin il y a plein de risques. Mais il y a quand même besoin d'être hospitalisé quelques fois et il y a besoin de rester un petit peu. En SSR, quelque fois il y a besoin d'une rééducation qui soit longue fin plus longue on va dire. Voilà

ESI : D'accord. Et du coup, toujours par rapport à cette reconfiguration. Est-ce que vous avez trouvé qu'il y a eu une évolution aussi de la place occupée par le relationnel dans les prises en charge? Du coup, vu que ça a été beaucoup raccourci? Est-ce que vous trouvez qu'il y a eu une évolution au niveau de la place occupée du relationnel dans la prise en charge

IDE : Alors moi je suis infirmier depuis 10 ans donc c'est long mais pas super long en soit. Euh... il y a eu une évolution qui va vers moins de relationnel ça c'est sûr mais ça datait d'avant que j'arrive donc euh... Cette évolution est liée, bah c'est ce que vous disiez sur le fait qu'il faut diminuer les séjours... la durée des séjours... fait que bah... on a un peu une course pour réussir à faire tous les soins et pour réussir à être le maximum efficace et bah non ouais c'est pas ... Ouais ça diminution les relations soignant soigné par plusieurs facteurs. Il y a aussi le fait qu'on est beaucoup auprès de notre ordinateur, je veux dire... j'ai pas fait le compte mais ça serait intéressant de le faire. Je pense que sur une journée de 7 heures je dois passer au moins 2 heures et demi même 3 heures peut être devant l'ordinateur. Entre la vérification des médicaments, entre les transmissions, les transmissions communes et les transmissions voilà. Il y a beaucoup de temps qui... qui sont nécessaires hein sur la traçabilité ... donc moins de temps qui sont pas passées auprès du soigné. Donc il y a aussi ça.

ESI : D'accord. Est-ce que vous avez...

IDE : Je pense que... Oh pardon

ESI : Non allez y

IDE : Non je disais que c'est une évolution qui est ... ouais... Je ne vois pas d'inversion de cette évolution. C'est l'évolution du métier d'infirmier qui fait que bah on a plus de responsabilités, on nous demande plus de choses et forcément si on nous demande plus de choses on a besoin de plus de temps. Donc on va s'écarter un peu de la personne soignée.

ESI : D'accord. En tout cas, j'avais plus de questions et vous avez quelque choses à rajouter vous peut être ?

IDE : Non je pense que j'ai dit pas mal de choses. Donc non non, j'ai rien de particulier à rajouter.

ESI : Ok. En tout cas merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions. C'était très clair, merci beaucoup.

IDE : Derrien. Bonne continuation

ESI : Merci bonne journée au revoir

NOM : CORAIRY

PRÉNOM : Léa

TITRE DU MÉMOIRE : L'impact de la connaissance du patient et de la durée d'hospitalisation sur la relation soignant soigné

ABSTRACT:

This final thesis deals with knowledge of the patient as well as the length of hospitalization and the influence that these may have on the caregiver-caretaker relationship. Having done several internships in very short-term service, I was particularly challenged by a key point of the nursing profession, which is the interpersonal skills dimension. I noticed a real relational difference between the caregiver and the patient depending on the services and especially, according to the length of the patient's hospitalization. So I asked myself and came up with the original question : How does knowing the patient, depending on the length of stay, impact the caregiver-caretaker relationship?

Regarding my research, I have had to define the notions of length of stay, the caregiver-caretaker relationship, the collection of patient data, but I also took into account the notion of evolution of hospital care in order to devise my theoretical framework. Then, to support my research, I interviewed two nurses working in two different health facilities, each with its own average length of stay in hospitals. One of them practices in SSR and the other in outpatient surgery. Following these interviews, I compared the theory aspect to the reality on the ground, and finally, I added my point of view.

RESUME:

Ce travail de fin d'étude aborde la connaissance du patient, sa durée d'hospitalisation ainsi que l'influence que celles-ci peuvent avoir sur la relation soignant soigné. Ayant fait plusieurs stages dans des services de très courte durée j'ai été particulièrement interpellée par un point clef du métier d'infirmier qui est la dimension "relationnelle". J'ai constaté une réelle différence relationnelle entre le soignant et le soigné en fonction des services et surtout de la durée d'hospitalisation du patient. Je me suis donc questionnée et je suis arrivée à la question de départ suivante : En quoi la connaissance du patient, en fonction de la durée de séjour, impacte-elle la relation soignant soigné ?

Dans ce travail de recherche, j'ai été amenée à définir les notions de durée de séjour, la relation soignant soigné, le recueil de données, mais également j'ai pris en compte la notion d'évolution des prises en charge hospitalières pour constituer mon cadre théorique. Ensuite, pour étayer mon travail de recherche j'ai interrogé deux infirmiers travaillant dans deux structures au durée moyenne d'hospitalisation propre à chacune. L'un exerce en SSR et l'autre en chirurgie ambulatoire. Suite à ces entretiens, j'ai confronté la théorie et la réalité du terrain, et par conséquent, j'y ai ajouté mon point de vue.

KEY WORD : length of stay, caregiver-caretaker relationship, data collection, evolution of hospital cost

MOTS CLÉS : Durée de séjour, Relation soignant soigné, Recueil de données, Évolution des prises en charge hospitalières

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.

2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2018-2021