



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'infirmier.e face à un patient nécessitant des précautions complémentaires engendrant un isolement social.**

Formateur référent mémoire : Séverine Fesnoux

QUELLEC Sarah  
Formation infirmière  
Promotion 2020-2023

Date : 29/04/2023



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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'infirmier.e face à un patient nécessitant des précautions complémentaires engendrant un isolement social.**

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 29/04/2023**

**Identité et signature de l'étudiant :**

**Quellec Sarah**

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<sup>er</sup> : 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 tiens à exprimer mes remerciements envers ma guidante de mémoire, Séverine Fesnoux, pour son accompagnement précieux tout au long de ce travail de recherche. Sa disponibilité et sa bienveillance m'ont permis de mener ce travail à bien.

Je remercie bien évidemment les deux infirmiers que j'ai interrogés pour ce mémoire qui ont été d'une importance cruciale pour mener ce travail.

Je souhaite également remercier mes amis, pour leur soutien tout au long de cette période. Leurs encouragements et leur confiance en mes capacités m'ont permis de surmonter les moments de doute et de frustration.

Je remercie également mes sœurs, pour leur aide et leur correction attentive. Leur soutien moral et leur présence bienveillante ont également été d'un grand réconfort.

Je suis reconnaissante envers toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

# SOMMAIRE

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>I. Le cheminement de départ.....</b>	<b>2</b>
1. La situation d'appel.....	2
2. Le questionnement.....	3
3. La question de départ.....	4
<b>II. Le cadre conceptuel.....</b>	<b>4</b>
1. Des précautions standards aux précautions complémentaires.....	4
1.1 Les précautions standards.....	4
1.1.1 L'hygiène des mains.....	4
1.1.2 Les équipements de protection individuelle.....	4
1.1.3 L'hygiène respiratoire.....	5
1.1.4 La prévention des accidents d'exposition au sang.....	5
1.2 Les précautions complémentaires.....	5
1.2.1 Les précautions type air.....	6
1.2.2 Les précautions type gouttelette.....	6
1.2.3 Les précautions type contact.....	6
1.2.4 Les précautions complémentaires en cas de COVID-19.....	6
1.3 L'impact des précautions complémentaires pour le patient.....	7
1.3.1 Les précautions complémentaires comme barrière relationnelle.....	7
1.3.2 L'isolement vecteur de souffrance psychologique.....	7
2. L'isolement social.....	8
2.1 La définition de l'isolement social.....	8
2.2 L'isolement social induit par l'hospitalisation, aggravé par les précautions complémentaires.....	9
2.2.1 L'isolement social de part un état de santé dégradé accompagné d'une hospitalisation.....	9
2.2.2 Les raisons du ressenti de cet isolement social.....	9
2.2.3. L'isolement aggravé par les précautions complémentaires.....	9

2.3 Les impacts d'un état de santé altéré sur les besoins d'un patient.....	10
2.4 Les conséquences de l'isolement social sur la santé.....	10
3. Le rôle IDE dans la mise en place de précautions complémentaires.....	11
3.1 Le principe d'organisation des soins induit par la mise en place de précautions complémentaires.....	11
3.2 La relation soignant-soigné face aux précautions complémentaires.....	12
3.2.1 La relation soignant-soigné.....	12
3.2.2 L'annonce de mise en place de précautions complémentaires.....	12
3.2.3 Le rôle de l'IDE face à l'isolement social induit par les précautions complémentaires.....	13
<b>III. Le dispositif méthodologique du recueil de données.....</b>	<b>14</b>
1. La préparation des entretiens.....	14
2. Les profils des IDE.....	14
3. Le bilan du dispositif.....	15
<b>IV. L'analyse descriptive.....</b>	<b>16</b>
1. Les précautions complémentaires.....	16
1.1 La définition des professionnels.....	16
1.2 L'annonce de mise en place de précautions complémentaires.....	16
1.3 Les informations données au patient.....	16
1.4 L'habillement des soignants.....	17
1.5 L'impact dans les soins.....	17
2. L'impact d'une hospitalisation.....	17
2.1 L'hospitalisation n'est pas un choix.....	17
2.2 L'isolement social.....	18
3. L'impact des précautions complémentaires.....	18
3.1 Un mal être pour le patient.....	18
3.2 L'isolement social.....	18
4. L'isolement social comme obstacle potentiel à la guérison.....	19
5. La relation soignant-soigné.....	19
5.1 La relation impactée par les précautions complémentaires.....	19

5.2 L'IDE s'adapte face aux précautions complémentaires et à l'isolement social.....	19
--	----

<b>V. La discussion.....</b>	<b>20</b>
------------------------------	-----------

1. Les précautions complémentaires.....	20
---	----

2. L'isolement social.....	21
----------------------------	----

3. Le rôle infirmier.....	22
---------------------------	----

<b>CONCLUSION.....</b>	<b>25</b>
------------------------	-----------

<b>Bibliographie.....</b>	<b>26</b>
---------------------------	-----------

#### **Annexes**

Annexe I : Pyramide de Maslow

Annexe II : Guide d'entretien

Annexe III : Entretien IDE 1

Annexe IV : Entretien IDE 2

Annexe V : Tableau d'analyse des entretiens

#### **ABSTRACT**

**Siglier :**

MIRSI : Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IDE : Infirmier.e Diplômé.e d'Etat

PFPS : Pôle de Formation des Professionnels de Santé

EPI : Equipement de protection individuelle

SF2H : Société Française d'Hygiène Hospitalière

CESE : Conseil Economique, Social et Environnemental

CH : Centre Hospitalier

## **Introduction**

Étudiante en troisième année au sein de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU Pontchaillou de Rennes, je réalise un Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers. Il y a maintenant 3 ans, je me suis inscrite en IFSI sur Parcoursup. C'était un choix réfléchi et motivé. En effet, les soins, venir en aide aux autres, partager des moments simples et pourtant remplis d'engagement, m'animent. L'hospitalisation des patients n'est pas forcément un choix et cela marque leur vie et leur quotidien. On entre à l'hôpital pour se faire soigner et en ressortir vivant, mais le sentiment d'insécurité est constamment présent. En règle générale, les patients éprouvent de l'appréhension quant à l'évolution de leur état de santé et sont anxieux à l'idée de leur propre mortalité. L'hospitalisation représente donc une importante source d'inquiétude. C'est pourquoi, je souhaite devenir une infirmière riche de technicité, polyvalente, mais surtout une soignante humaine qui accompagne les patients en respectant leurs besoins, leurs envies, leur singularité et surtout leur dignité. Au cours des stages de mon cursus infirmier, chaque situation m'a permis de me questionner et de me projeter quant à la professionnelle que je deviens et à ma pratique.

C'est la raison pour laquelle dans ce travail de réflexion, je vais évoquer l'importance de la posture de l'infirmier.e auprès des patients. En effet, sa posture est un élément clé de la prise en soin des patients. Elle peut avoir un impact significatif sur la qualité des soins prodigués et sur la relation soignant-soigné. Elle l'est d'autant plus dans le cas de patients nécessitant des précautions complémentaires et ressentant un isolement social. En effet, ces patients peuvent être particulièrement vulnérables et dépendent en général fortement de l'infirmier.e pour leur bien-être physique et psychologique. Il est donc primordial que l'infirmier.e soit conscient.e de sa posture, de son comportement et de manière plus globale de ce qu'elle ou il peut induire dans la relation soignant-soigné afin d'optimiser la qualité des soins. Vous l'aurez compris, à mes yeux le métier d'infirmier.e consiste de toute évidence à prodiguer des soins techniques, mais aussi dans une relation de confiance et de sécurité psychique.

Dans cet objectif, je vais dans un premier temps vous exposer une situation vécue en stage qui m'a questionnée et permis d'élaborer ma question de départ qui sera le fil rouge de ce MIRSI. Dans un second temps, je vais présenter les notions et les concepts présents dans cette question afin d'exposer les écrits professionnels en lien avec le thème. Ensuite, l'analyse des entretiens auprès d'IDE me permettra de lier la théorie à la pratique. Enfin, je présenterai mon opinion personnelle et professionnelle.



# **I. Le cheminement de départ**

## **1. La situation d'appel**

Au cours de mon stage du semestre 3 au sein d'un service de rééducation neurologique, j'ai pris soin d'un patient de 48 ans que l'on appellera Monsieur A. Ce service de rééducation compte 26 patients divisés en 2 secteurs, ces deux secteurs sont sous la responsabilité d'un.e infirmier.e. Du fait du contexte actuel et des nombreux cas de COVID-19 les patients sont contraints de prendre leurs repas en chambre depuis plusieurs semaines ainsi que de porter leur masque pour tout déplacement. Monsieur A. entre dans le service de rééducation neurologique en décembre 2021 suite à une septicémie d'origine urinaire. Il intègre ce service dans le but d'une rééducation à la marche puisqu'il présente des difficultés à se mouvoir. A son arrivée, il ne peut pas tenir en station debout.

M A. a comme antécédent un syndrome anxio-dépressif avec un passé d'éthylisme. Au sein du service, il est néanmoins souriant, joyeux et cherche à communiquer avec les soignants et les autres patients.

Lors de son hospitalisation Monsieur A est testé positif à la COVID-19. Il y a donc une mise en place de précautions complémentaires type gouttelette. Ce patient est donc isolé des autres patients, placé dans une chambre individuelle et au bout d'un secteur afin de respecter une organisation qui privilégie le fait de terminer chaque tour par le patient en isolement septique. Une étagère est installée devant sa chambre avec le matériel nécessaire afin de s'équiper pour entrer dans sa chambre : gants, lunettes, masque, surblouse, charlotte, surchaussures. Il y a une zone "propre" et une zone "sale" délimitées. Chaque personne qui entre dans sa chambre doit donc s'équiper et respecter les précautions complémentaires type gouttelette pour entrer dans sa chambre.

Les séances de rééducation de M. A. sont réalisées en chambre et non au plateau technique. Elles sont donc impactées par son isolement puisqu'il n'y a pas le matériel adéquat à une rééducation optimale et les séances sont écourtées étant donné que les professionnels comptent le temps de s'habiller et de se déshabiller pour entrer dans la chambre du patient. De plus, les soins infirmiers sont prodigués à ce patient en fin de tour afin d'éviter au mieux la transmission croisée. Les soins sont également regroupés au maximum, c'est-à-dire que son plateau repas sera apporté au même moment que les traitements, et la réalisation de prise de constantes. Parfois, lorsque M. A. réclame une carafe d'eau ou une serviette, il se voit attendre qu'un soignant ait plusieurs soins à réaliser ou d'autres choses à lui apporter afin de rentrer au minimum dans la chambre du patient et ainsi de risquer une transmission du germe.

Par ailleurs, ce patient est qualifié d'autonome pour ses traitements, c'est-à-dire que l'équipe soignante lui laisse son pilulier pour la journée et il gère seul ses traitements. Or, à cause de son isolement, son pilulier est gardé par les soignants afin de ne pas le contaminer avant de revenir dans le circuit propre des autres piluliers. Par cette adaptation, son autonomie est bafouée.

Ce jour-là, je me dirige dans sa chambre afin de lui donner son plateau du petit-déjeuner, ses traitements du matin, prendre sa température, sa tension et sa saturation avec le matériel présent dans la chambre. Or, aux transmissions, l'équipe soignante explique que M. A. ressent un mal-être dû à l'isolement social induit par les précautions complémentaires. Il paraît moins joyeux, moins souriant. Je me dis alors qu'il faut que je puisse lui amener de la joie, que je communique avec lui sur ce temps où j'apporte ce dont il a besoin puisque je sais qu'il ne va pas bien et que ma visite sera l'une des rares de sa matinée. Je m'équipe des protections nécessaires : la charlotte, les lunettes, la surblouse, les gants, les surchaussures et change mon masque à la porte de la chambre. Puis, je toque et entre. Lorsque j'ouvre la porte, je vois les plateaux-repas des jours précédents, non débarrassés. Je suis surprise, je ne comprends pas ce que cela fait ici. Souriante, je lui dis bonjour, le questionne quant à son moral et à sa santé. J'avais pour intention de lui montrer que l'équipe soignante est présente pour lui et s'intéresse à lui. Je souhaitais que le patient se sente écouté, compris et soutenu. Le patient a le visage fermé, il parle doucement, il me dit qu'il en a marre. Il m'exprime son mal-être de ne voir personne, de nous voir "comme ça" et m'évoque qu'il aimerait bien avoir un café après son repas aujourd'hui, car il n'en a pas eu la veille. A nouveau surprise, je présente mes excuses et lui apporte un café.

## **2. Le questionnement**

Cette situation m'a beaucoup questionné quant au rôle de l'infirmier.e dans les cas de mise en place de précautions complémentaires. En effet, je me suis demandée si ces précautions impliquent une prise en soin différente ? Si l'infirmier.e s'adapte à ces conditions ? Et comment ? Est ce que la prise en soin est aussi efficace et optimale que pour les patients non isolés sceptiquement malgré le principe de regroupement des soins ? En voyant mon patient éprouver un mal être induit par cet isolement, je me suis questionnée quant aux conséquences de ces précautions complémentaires pour lui. Est-ce que l'application de précautions supplémentaires est synonyme d'isolement social ? Est-ce que ces précautions peuvent ébranler l'élan vital du patient ? Est-ce que cet isolement social peut avoir un impact sur la santé d'un patient ?

### **3. La question de départ**

Au vu de cette réflexion, ma question de départ est donc la suivante :

**En quoi la posture de l'IDE influe sur la prise en soin d'un patient nécessitant des précautions complémentaires et ressentant un isolement social ?**

## **II. Le cadre conceptuel**

### **1. Des précautions standards aux précautions complémentaires**

#### **1.1 Les précautions standards**

Selon la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H, 2017) , les précautions standards désignent l'ensemble de mesures visant à réduire le risque de transmission croisée d'agents infectieux entre soignant, soigné et environnement, ou par exposition à un produit biologique d'origine humaine (sang, sécrétions, excréta). Elles ont démontré leur efficacité et sont les premières étapes à suivre pour lutter contre cette transmission. Il est nécessaire de les connaître et de les appliquer, pour tout soin, en tout lieu, pour tout patient, quel que soit son statut infectieux et par tout professionnel de santé. Ainsi, les précautions standards englobent l'hygiène des mains, les équipements de protection individuelle, l'hygiène respiratoire, la prévention des accidents d'exposition au sang ou autre produit biologique d'origine humaine.

##### **1.1.1 L'hygiène des mains**

L'hygiène des mains doit être effectuée avant et après tout contact avec le patient, avant toute intervention aseptique, après tout risque d'exposition à un produit biologique d'origine humaine et après tout contact avec l'environnement du patient. La technique de référence pour l'hygiène des mains en l'absence de souillure visible est la désinfection par friction avec un produit hydro-alcoolique. En cas de mains visiblement souillées, il convient de procéder à un lavage simple à l'eau et au savon doux, explique la SF2H (2017).

##### **1.1.2 Les équipements de protection individuelle**

La SF2H (2017) ajoute que les équipements de protection individuelle comprennent des mesures barrières telles que le port de gants, la protection du visage avec le port de masque et de lunettes et la protection de la tenue par une blouse ou une surblouse. Ces EPI protègent les

professionnels de santé des risques d'exposition à des micro-organismes lors de contact avec les muqueuses et la peau lésée, ainsi que lors de contact ou risque de contact, de projection ou d'aérosolisation de produits biologiques d'origine humaine.

### **1.1.3 L'hygiène respiratoire**

L'hygiène respiratoire consiste à faire porter un masque à toute personne présentant des symptômes respiratoires de type toux ou expectoration, précise la SF2H (2017).

Il est important de préciser que les précautions standards, notamment celles liées à l'hygiène respiratoire, ont été bouleversées par la pandémie de SARS-COV-2. En effet, dans la Revue de l'Infirmière, le médecin Meunier, O. (2022) explique qu'à l'issue de la première vague, comme il était difficile de faire la différence entre formes peu sévères ou asymptomatiques, la notion de précautions standards a été élargie en ajoutant le risque de la COVID-19. Chaque patient est considéré comme potentiellement porteur du virus et ainsi susceptible de le transmettre. De cette manière, le port du masque est réalisé pour tout soin, tout patient, en tout lieu et pour tout professionnel.

### **1.1.4 La prévention des accidents d'exposition au sang**

Pour éviter les accidents d'exposition au sang ou à d'autres produits biologiques d'origine humaine, il est recommandé de porter des gants et d'utiliser les dispositifs de sécurité mis à disposition lors de tout soin impliquant un objet perforant, ajoute la SF2H (2017). Elle explique qu'après utilisation, il ne faut pas recapuchonner, ni plier, ni casser l'objet, ni le désadapter à la main. Si l'objet est à usage unique, il doit être jeté immédiatement après usage dans un conteneur adapté pour les objets piquants, coupants, tranchants, le plus près possible du lieu de soin et sans dépose intermédiaire. Si l'objet est réutilisable, il doit être manipulé avec précaution puis nettoyé et désinfecté rapidement.

## **1.2 Les précautions complémentaires**

Le C.Clin-Ouest (2001) ajoute que des précautions complémentaires sont mises en place lorsqu'un patient présente une maladie ou est porteur de germes transmissibles. La mise en place de précautions complémentaires est donc prescrite par un médecin. Cette prescription est basée sur le diagnostic de la maladie infectieuse ou du micro-organisme en cause, en tenant compte de la voie de transmission de la maladie et du comportement du patient. Il existe trois types de précautions complémentaires : les précautions de contact, les précautions type air et les précautions type gouttelette.

### **1.2.1 Les précautions type air**

La SF2H (2013) affirme qu'en présence d'un patient présentant une infection respiratoire transmissible par voie aérienne, comme la tuberculose, la varicelle ou la rougeole, il est impératif de mettre en place des précautions complémentaires de type air. Les recommandations suivantes sont généralement mises en place : le patient doit être placé en chambre individuelle avec porte fermée, les soins et toute intervention dans la chambre doivent être regroupés pour limiter les ouvertures de porte. Pour le personnel et les visiteurs en contact avec un patient suspect ou atteint d'une pathologie à transmission respiratoire type air doivent porter un appareil de protection respiratoire (un masque FFP2 est le minimum requis) avant d'entrer dans la chambre. Les déplacements du patient doivent être évités autant que possible.

Les précautions type air sont donc majoritairement une protection de l'appareil respiratoire à la fois du patient et du visiteur, professionnel ou non.

### **1.2.2 Les précautions type gouttelette**

D'après la SF2H (2013) , tous les individus en contact avec un patient suspect ou atteint de maladies respiratoires transmissibles par gouttelettes doivent porter un masque chirurgical dès leur entrée dans la chambre. Ces patients doivent porter un masque chirurgical dès leur arrivée à l'hôpital, aux urgences et en consultation. Si ces patients sont hospitalisés, ils doivent être placés dans une chambre individuelle ou dans une zone dédiée et porter un masque dès qu'ils quittent leur chambre. Sont concernés la grippe, le SARS-COV2, la coqueluche, les angines, explique Olivier Meunier (2023).

### **1.2.3 Les précautions type contact**

D'après la SF2H (2009) , les précautions type contact comprennent la mise en chambre individuelle ou regroupement des porteurs et la signalisation de la mise en place de précautions complémentaires. De plus, c'est le patient et son environnement qui sont contaminés et contaminants et la contamination se fait uniquement lors des soins et des contacts. C'est pourquoi, si le visiteur ou le professionnel entre en contact avec le patient ou son environnement, il doit porter des EPI tels que les gants et la surblouse. Sont concernés les gastroentérites virales ou bactériennes, les patients infectés par une bactérie multirésistante aux antibiotiques, précise Meunier, O. (2023).

### **1.2.4 Les précautions complémentaires en cas de COVID-19**

Lors d'une intervention sur les précautions complémentaires au sein du PFPS du CHU Pontchaillou de Rennes en octobre 2020, la formatrice explique que pour les cas de COVID-19, il faut

se conformer aux recommandations locales. Bien souvent, on additionne précautions standards, précautions complémentaires gouttelette et précautions complémentaires contact. Elle ajoute que si ce sont des soins de proximité surtout respiratoire et/ou en réanimation alors les précautions standards, les précautions complémentaires air et les précautions contact sont appliquées.

Lors d'une hospitalisation il y a donc des précautions standards mises en place automatiquement, pour tout patient. L'ajout de précautions complémentaires se fait lorsque le patient est infecté et qu'il y a un risque de transmission du germe par l'air, les gouttelettes ou le contact. D'autant plus lorsque le patient est positif à la COVID-19 puisque ce sont des précautions gouttelettes adaptées à la pandémie qui sont mises en place. Ces précautions ont donc un impact pour le service, l'équipe soignante mais tout d'abord pour le patient.

### **1.3 L'impact des précautions complémentaires pour le patient**

#### **1.3.1 Les précautions complémentaires comme barrière relationnelle**

Comme expliqué dans la partie précédente : lorsqu'un patient est infecté par des germes transmissibles, il y a donc une mise en place de précautions complémentaires. Bien souvent, cette dernière est accompagnée d'un isolement puisque le patient est placé, s'il est possible, en chambre individuelle et l'entrée dans sa chambre est régulée. Courbet, N., Decloux, R., et Dos Santos, C. (2016) ont mis en évidence les aspects péjoratifs de l'isolement. Ils expliquent que le terme "isolement" décrit une situation de séparation (du mot latin "insula" signifiant "île") ou la situation d'un détenu, d'un malade mental ou d'une personne contagieuse. Ces mesures nécessitent des précautions spécifiques comme le port d'un masque, de gants, de blouses et de lunettes de protection, qui peuvent renforcer la perception de séparation dans les relations. De la Brière, A. (2019) dans La Revue de l'Infirmière, insiste sur l'impact de ces mesures. Elle explique que "le terme "isolement" sous-entend précautions, solitude, exclusion, chariot de matériel devant la porte, soins regroupés" et ajoute le port d'EPI. L'isolement a donc déjà un aspect négatif de part le terme employé et est renforcé par la barrière relationnelle installée par les équipements de protection. Enfin, De la Brière, A. (2019) ajoute que l'isolement social peut aggraver la vulnérabilité psychologique d'un patient déjà affecté par la maladie.

#### **1.3.2 L'isolement vecteur de souffrance psychologique**

En effet, Abdelbar, S., Escaut, L., Wyplosz, B., Couzigou, C., Teicher, E., Gorriguer Perron, C. et Viittecoq, D. (2009) après une étude au sein d'un service de Maladie Infectieuse concluent que "l'isolement médical réactive des problématiques à l'origine d'une souffrance psychique et demande un accompagnement adapté". Pour aller un peu plus loin, le service de maladies infectieuses de

L'Université de médecine du Wisconsin a mené une revue systématique de la littérature sur l'isolement des patients en 2009 et a découvert des effets négatifs sur leur état émotionnel. L'anxiété et la dépression augmentent avec la durée de l'isolement. Les patients ont également signalé un sentiment de colère, de peur, de solitude et d'ennui plus fréquent que la normale. L'anxiété causée par l'isolement peut être considérée comme une stratégie d'adaptation inefficace face à une perturbation environnementale, le patient n'étant plus en mesure de mobiliser seul ses ressources pour y faire face.

Il est vrai que les précautions complémentaires peuvent avoir de nombreuses conséquences pour les patients, notamment en ce qui concerne leur santé physique et psychologique. De plus, ces mesures peuvent également avoir un impact sur la vie sociale des patients puisqu'elles peuvent parfois provoquer un isolement social.

## **2. L'isolement social**

### **2.1 La définition de l'isolement social**

Pour le Conseil Économique, Social et Environnemental, Serres, J-F. (2017) écrit que l'isolement social est la situation dans laquelle se trouve la personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger. En ajoutant que l'isolement social "peut provenir de la faiblesse des liens dans leur fréquence ou dans leur régularité, [il] peut aussi être la conséquence d'une qualité durablement insuffisante des relations. De cette qualité dépend la capacité des individus à s'émanciper, à vivre de façon autonome, à s'estimer mais aussi à participer et à s'intégrer dans la société". Quant à Terrapon, C. (2010), elle explique que l'isolement social pourrait être décrit comme "un processus de décrochage, qui se traduit par une attitude de repli sur soi et de renfermement au regard des difficultés rencontrées [...]. Il résulte souvent de facteurs conjugués (personnels, sociaux). Ainsi, les situations d'isolement social sont souvent problématiques et échappent à la vision des professionnels par le caractère peu visible de leur réalité". Le vécu de l'isolement dépend bien évidemment de chaque personne, mais aussi de son parcours de vie.

Or, une hospitalisation peut obliger les patients à suspendre leurs activités, leurs visites quotidiennes et peut placer les patients en insécurité et en danger. C'est pour ces raisons qu'une hospitalisation peut donc induire un sentiment d'isolement social pour les patients.

## **2.2 L'isolement social induit par l'hospitalisation, aggravé par les précautions complémentaires**

### **2.2.1 L'isolement social de part un état de santé dégradé accompagné d'une hospitalisation**

Selon Barlow, M., Liu, S. et Wrosch, C. (2015), les personnes malades ont tendance à se sentir seules et coupables de leur état de santé, ce qui peut les amener à se replier sur elles-mêmes et à s'isoler de leur entourage. De plus, les patients peuvent ressentir une stigmatisation de la part de leur entourage en raison de leur état de santé. Ils expliquent donc que la dégradation de l'état de santé des personnes peut provoquer un isolement social. Delassus, E. (2019) affirme que la maladie peut induire de l'isolement, une réalité malheureusement trop souvent constatée. En général, les patients sont amenés à voir leur cercle social se restreindre, car ils peuvent être obligés de cesser de travailler ou de sortir moins souvent en raison de la fatigue ou des traitements qu'ils suivent. De plus, le temps d'une hospitalisation constitue un temps entre parenthèses, coupé du temps social, du temps familial, centré sur son propre temps et corps, sur sa propre souffrance, explique Franceschini, E. (2012). Cette auteure met en avant le fait qu'une hospitalisation coupe le patient de ses relations sociales, ce qui s'additionne à un état psychologique altéré dû à la dégradation de l'état de santé du patient.

### **2.2.2 Les raisons du ressenti de cet isolement social**

La situation de maladie dérange souvent les autres. En effet, le malade craint le regard de l'autre d'autant plus que ce dernier est dérangé, ne sait pas que dire, que faire, comment réagir. Ainsi, "la maladie isole car le malade peut craindre le regard de l'autre, tout autant que l'autre craint le regard du malade", explique Delassus, E. (2019). Or, ce même auteur ajoute que l'homme est un être social, les liens sociaux sont nécessaires pour qu'il se sente utile, vivant et qu'il puisse se réaliser. Cela le rend dépendant de ses semblables, c'est pourquoi le patient vit mal l'isolement et la solitude.

### **2.2.3. L'isolement aggravé par les précautions complémentaires**

Enfin, Delassus, E. (2019) fait le lien entre mise en place de précautions complémentaires et isolement social. Il explique que l'isolement physique, dû à une pathologie qui peut contaminer les autres, implique que le patient représente un danger pour les autres. Cela le place dans une situation difficile où "l'autre n'est plus perçu qu'au travers de "filtres" qui font écran à la relation : vitres, portes fermées, interphone, etc.". Il ajoute que le contact direct avec le corps d'autrui est absent puisque même lors des soins, les soignants portent des EPI et doivent réaliser une désinfection avant et après tout contact. Or, il précise que "la vie sociale est, en effet, un corps à corps permanent". De plus,



Terrapon, C. (2010) explique que le maintien du contact avec ses proches représente une ressource dont la mise en place de précautions complémentaires fait obstacle et auquel le soignant va devoir s'adapter. Ainsi, elle ajoute que la prise en soin doit être adaptée dans un souci de prévention d'un syndrome anxio-dépressif.

### **2.3 Les impacts d'un état de santé altéré sur les besoins d'un patient**

Nous pouvons observer les conséquences de la situation de maladie, de l'hospitalisation et enfin de la mise en place de précautions complémentaires par le prisme de la pyramide de Maslow (cf. annexe I). Cette dernière est une pyramide qui hiérarchise les besoins d'un individu, selon un ordre de priorité assez général. Imaginée par le psychologue Abraham Maslow dans les années 1940, cette pyramide comporte cinq types de besoins : les besoins physiologiques (le socle de la pyramide), les besoins de sécurité, les besoins d'appartenance et d'affection, les besoins d'estime de soi, et, au sommet de la pyramide, le besoin de réalisation de soi. Or, lorsqu'une personne est malade ses besoins physiologiques tels que la respiration, l'alimentation, l'hydratation, l'élimination, le sommeil sont parfois perturbés. Les besoins fondamentaux, physiologiques, qui fondent la base de la pyramide de Maslow sont donc déjà parfois absents et/ou entravés. De plus, un état de santé dégradé et une hospitalisation peuvent placer le patient dans une insécurité. En effet, l'avenir et la guérison sont incertains et sortent le patient de sa zone de confort et du sentiment de sécurité. En ce qui concerne le besoin d'appartenance, il peut également être ébranlé de par une hospitalisation ainsi qu'un isolement septique. Ceux-ci induisent une séparation spatiale avec son entourage, ce qui complique le maintien des liens sociaux et affectifs. Le besoin d'estime de soi n'est pas épargné puisque lors d'une hospitalisation, l'intégrité physique et psychique est menacée. Le patient ne se rend pas sur son lieu de travail, il ne peut plus exercer ses activités culturelles, physiques et sportives. Ces éléments peuvent diminuer l'estime de soi et le patient peut ressentir un sentiment d'inutilité. Enfin, un état de santé dégradé ne permet pas de se réaliser pleinement puisque l'individu est restreint dans ses possibilités de se développer, puisqu'il se concentre sur une stratégie de guérison et non de réalisation de soi. De cette façon, selon la pyramide de Maslow, il paraît évident que les besoins d'un patient sont perturbés de par l'état de maladie, l'hospitalisation et enfin la présence de précautions complémentaires.

Le fait d'être atteint d'une pathologie peut induire un isolement social mais ce dernier peut être aggravé par une hospitalisation ainsi que par la mise en place de précautions complémentaires. Les conséquences de cet isolement social sur la santé peuvent être importantes.

### **2.4 Les conséquences de l'isolement social sur la santé**

Serres, J-F. (2017), indique que l'isolement social a des conséquences négatives sur la santé. Il affecte l'état général de la personne en contribuant au relâchement de l'attention à soi, à une moins

bonne alimentation... Au-delà de cet affaiblissement et de cette dégradation globale de la santé, il intervient comme facteur aggravant dans des situations de fragilité. Ses conséquences au regard des risques de surmortalité, de troubles psychiques et de suicide sont établies par des études, quel que soit l'âge de la personne. L'isolement entraîne un cercle vicieux avec des effets cumulatifs qui rendent plus difficile une prise en charge. Il serait par conséquent un facteur de moindre efficacité des moyens mis en œuvre pour éviter la survenue de complications et de rechutes des maladies, ajoute Serres, J-F. (2017) . Ce ressenti d'isolement social a donc clairement des conséquences néfastes sur la santé des individus.

Il est donc important que les professionnels de la santé prennent en compte l'impact social des précautions complémentaires sur les patients, et cherchent à mettre en place des stratégies pour atténuer les conséquences sociales négatives, tout en maintenant les normes de sécurité nécessaires pour protéger la santé des patients. Il est important de voir quelle posture et quel rôle l'IDE peut adopter afin d'accompagner au mieux le patient hospitalisé, nécessitant des précautions complémentaires et ressentant un isolement social.

### **3. Le rôle IDE dans la mise en place de précautions complémentaires**

#### **3.1 Le principe d'organisation des soins induit par la mise en place de précautions complémentaires**

Audoin, V., Faget, J., Montagner, V. et Royal, R. (Revue de l'infirmière n°250, 2019) ont réalisé un retour d'expérience de l'équipe de médecine interne du centre hospitalier d'Auch, en 2019. Il en ressort que l'isolement septique demande à l'équipe une plus grande implication et un devoir à la formation et l'information. Tous les acteurs impliqués doivent être informés de la mise en place de l'isolement. Une organisation spécifique est de mise afin d'assurer un isolement efficace. Cependant, cela représente une charge de travail supplémentaire. De la même façon, le principe d'isolement implique une chambre individuelle et peut donc entraîner une charge de travail considérable pour l'équipe. La charge de travail des soignants est aussi impactée par le temps d'habillage et de déshabillage, les explications aux partenaires et aux familles, ainsi que la coordination entre les soignants. De plus, le petit matériel biomédical doit être décontaminé à chaque utilisation lorsqu'un patient est isolé, ce qui peut entraîner des contraintes supplémentaires. Un soin "simple" demande aux soignants de se coordonner dans leur "tour". Lorsque l'isolement est nécessaire, il est important de regrouper les soins pour réduire le risque de contamination. Cette organisation nécessite du matériel spécifique, une bonne communication avec l'entourage du patient et une codification claire pour faciliter la transmission et éviter la stigmatisation. Un message neutre pour inviter l'entourage à

rencontrer les soignants avant d'entrer et un logotype avec une lettre de couleur qualifiant le type d'isolement pris sont apposés sur la porte de la chambre.

## **3.2 La relation soignant-soigné face aux précautions complémentaires**

### **3.2.1 La relation soignant-soigné**

Selon Paillard, C. (2021) , définit la relation comme le “rapport qui lie des personnes entre elles, impliquant lien de dépendance, d’interdépendance ou d’influence réciproque”. Cette auteure désigne la relation soignant-soigné comme “une activité d’échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d’une communication verbale, non verbale”. Selon Phaneuf (2016) , la relation soignant-soigné est considérée comme la pierre angulaire de l’alliance thérapeutique. Cette relation est constituée de plusieurs composantes essentielles, notamment la relation de courtoisie qui permet d’accueillir le patient, la relation fonctionnelle axée sur les besoins du patient, la relation de confiance et la relation d’aide. Chacune de ces relations est nécessaire pour établir une alliance thérapeutique solide et efficace. Il ajoute que “l’alliance thérapeutique en soins infirmiers : c’est la création d’une relation de confiance entre l’infirmière et son client par laquelle ils s’entendent pour travailler ensemble à son engagement dans un processus de changement et sa progression vers un mieux-être”.

Huit éléments sont nécessaires pour établir une relation de confiance solide entre le soignant et le patient, précise Hesbeen W. en 1997. Ces éléments comprennent la chaleur humaine qui permet au patient de voir le soignant comme une personne accueillante et proche de lui ; l’écoute qui implique une ouverture à l’autre ; la disponibilité qui montre l’attention et la qualité de présence envers le patient ; la simplicité qui favorise l’accessibilité à l’autre ; l’humilité qui permet au soignant d’être conscient de ses limites ; l’authenticité qui implique la congruence ; l’humour et enfin la compassion.

Un des fondateurs de la psychanalyse, Sigmund Freud (1913) , est un des premiers à aborder la relation de confiance. Dans ses écrits, il a souligné l’importance de la relation entre le thérapeute et le patient, en affirmant que la confiance et l’empathie étaient essentielles pour établir une relation thérapeutique solide et efficace. Pour Freud, la création d’une relation de confiance entre le thérapeute et le patient est essentielle pour le succès de la thérapie. Cette relation est fondée sur la confiance mutuelle qui permet de collaborer pour atteindre un but commun.

### **3.2.2 L’annonce de mise en place de précautions complémentaires**

L’annonce de la mise en isolement peut avoir un impact primordial dans la relation soignant-soigné durant l’hospitalisation, expliquent Courbet, N., Decloux, R., et Dos Santos, C.,

(2016). L'annonce doit être effectuée par le médecin, et les autres professionnels de santé doivent reformuler cette information afin de permettre une compréhension optimale de la situation. Les auteurs ajoutent que l'infirmier.e doit apporter au patient les connaissances adaptées qui lui permettront de mieux comprendre sa maladie, les raisons de son isolement ainsi que les précautions à prendre. Cette information fait partie du rôle propre infirmier et permet d'accompagner le patient vers la construction du sens qu'il donne à sa maladie et aux mesures qu'elle impose. Cette démarche participe à la modification des représentations du patient sur sa pathologie mais aussi à l'obtention de son consentement éclairé et sa participation à la sensibilisation de ses proches. L'annonce de la mise en place de précautions complémentaires liée à un germe transmissible est une étape essentielle pour l'adhésion du patient à la prise en charge.

Courbet, N., Decloux, R., et Dos Santos, C., (2016) insistent sur l'importance de la notion de consentement. Ce dernier repose sur une communication ouverte et éclairée entre le patient et le soignant. Ce dialogue est crucial car les précautions complémentaires rappellent constamment les risques d'infection et peuvent perturber la relation soignant-soigné. Il est important que le soignant soit conscient de cette dynamique et qu'il fasse des efforts supplémentaires pour communiquer ses intentions et ses valeurs humaines dans un contexte d'isolement. Cela permettra de maintenir une relation de qualité avec le patient malgré les défis posés par les précautions complémentaires.

### **3.2.3 Le rôle de l'IDE face à l'isolement social induit par les précautions complémentaires**

Comme je l'ai précédemment expliqué, une mise en place de précautions complémentaires peut induire un isolement social et ainsi un mal-être. Druart, M-C. (2020) explique que l'IDE doit alors adapter ses actions de soins aux besoins spécifiques du patient et le soutenir dans sa démarche d'adaptation, soit par des actions concrètes sur le stimuli, soit par un soutien émotionnel, dans une compréhension globale de ses déterminants.

L'importance de permettre à la famille et aux proches de visiter une personne malade tout en respectant les mesures en place est soulignée par Delassus, E. (2019). Cependant, l'auteur affirme que cela ne suffit pas car ces mesures peuvent affecter la relation entre le patient et ses proches. Par conséquent, il est crucial que le lien entre le soignant et le patient aide ce dernier à traverser cet isolement en mettant l'accent sur le respect de la dignité du patient. Ainsi, afin de limiter le sentiment d'isolement, le soignant va devoir adapter ses soins. Le temps de présence du soignant auprès du patient ne doit pas être compris uniquement de l'administration des traitements et des soins médicaux mais doit aussi être un temps d'échange. Ce temps doit permettre au patient de s'exprimer, de se raconter et de cette manière de se sentir exister. De cette façon, le soignant va pouvoir aider le patient à mieux vivre son isolement septique. Terrapon, C. précise les actions IDE à mettre en place. En 2010,

pour son mémoire de Bachelor de La Haute Ecole de Santé de Fribourg, elle aborde le thème de l'accompagnement des patients en isolement contact, porteurs d'un staphylocoque doré résistant à la méthicilline, selon leurs besoins. Elle identifie un besoin d'information facilitant le développement des stratégies d'adaptation. Selon elle, l'occupation et le besoin de se réaliser favorisent l'estime de soi. L'aménagement de la chambre comme sanctuaire et la structuration de la journée permettent d'obtenir une vision plus optimiste de l'événement. Le besoin d'écoute par le personnel soignant et la relation de confiance seraient inversement proportionnels au niveau de dépression.

Dans un souci de réalisation de soi, Delassus, E. (2019) précise que l'isolement est un soin, il permet de protéger les autres en prenant soin de soi et des autres, "par conséquent, le malade isolé peut malgré tout se sentir acteur des soins qu'il reçoit, mais aussi qu'il prodigue par son isolement en protégeant les autres". L'objectif selon Courbet, N., Decloux, R., et Dos Santos, C., (2016) serait que "le patient et l'infirmière empruntent un chemin pour qu'isolement ne signifie plus enfermement mais devienne synonyme d'ouverture pour l'un comme pour l'autre."

### **III. Le dispositif méthodologique du recueil de données**

#### **1. La préparation des entretiens**

Dans la continuité de mon travail, j'ai réalisé des entretiens. Le but de ces entretiens était de recueillir le point de vue des infirmier.e.s afin d'avoir la vision des professionnels sur le terrain dans l'objectif d'obtenir des informations complémentaires venant corrélérer ou ajouter des éléments.

J'ai effectué deux entretiens semi-directifs auprès d'infirmier.e.s. La première IDE m'a demandé de s'entretenir par visioconférence, c'est donc ce que j'ai accepté afin de convenir au mieux à sa volonté. Le second entretien a été réalisé en face à face avec la personne interrogée.

J'ai réalisé un guide d'entretien (cf. Annexe II) au préalable afin de fournir une structure cohérente aux entretiens. Ce guide m'a également permis d'aborder les échanges plus sereinement puisque mon cadre était clair, organisé. J'ai rédigé des questions ouvertes pour permettre aux infirmier.e.s de donner pleinement leur point de vue et ne pas les guider dans leur réponse.

#### **2. Les profils des IDE**

Ensuite, j'ai déterminé les profils d'infirmier.e.s que je cherchais pour répondre au mieux à mon sujet. Je souhaitais obtenir un entretien avec un.e IDE avec une expérience d'environ 5 ans dans ce métier. D'une part pour que l'IDE ait du recul sur la période pré et post-COVID qui a bousculé les précautions complémentaires. D'autre part une IDE exerçant dans un service de médecine

conventionnelle puisque les patients restent plus longtemps dans un service de médecine que dans un service de chirurgie. Et que d'autres services comme la réanimation, la rééducation, les urgences, ou même les EHPAD ont des prises en soin trop longues ou trop courtes ou sont des services trop spécifiques et ajouteraient des notions absentes dans mon sujet. Puis un.e second.e IDE sans expérience déterminée et exerçant dans un service de médecine conventionnelle également. Je souhaitais interroger deux IDE étant dans des services différents afin d'avoir des réponses variées et de les confronter. Ainsi, j'ai démarché de nombreux services et n'ai pas pu accéder à des réponses positives. J'ai donc pu m'entretenir avec une infirmière d'un service d'ORL, ophtalmologie et ortho-traumatologie dans un CH de l'Ouest de la France ainsi qu'un infirmier d'un service de médecine post-urgence et post-AVC au sein d'un CH de l'Ille et Vilaine. Dans un souci d'anonymat, j'ai décidé de renommer les infirmiers de la façon suivante : IDE 1 et IDE 2.

L'IDE 1 a été mon premier entretien : elle est diplômée depuis juillet 2022. Après avoir exercé en août et septembre en neurochirurgie, elle est depuis octobre 2022 infirmière dans le service d'ORL, ophtalmologie et ortho-traumatologie.

L'IDE 2 du second entretien est diplômé depuis juillet 2022 et exerce depuis l'obtention de son diplôme au sein d'un service de médecine post urgence et post-AVC.

### **3. Le bilan du dispositif**

En utilisant mon guide d'entretien comme outil, j'ai interrogé les infirmiers de manière ciblée et efficace. Les questions posées étaient pertinentes, ce qui a permis d'obtenir des entretiens riches et en adéquation avec mes objectifs de recherche. Toutefois, j'ai parfois dû modifier l'ordre ou supprimer certaines questions, car elles n'étaient plus adaptées à la direction prise par l'échange ou en raison des réponses déjà fournies par les infirmiers.

Lors de la réalisation des entretiens, j'ai observé les limites inhérentes au profil des IDE. En effet, les deux infirmiers avec lesquels je me suis entretenue sont de jeunes diplômés de juillet 2022. De cette manière, ils ont tout d'abord une expérience dans ce métier de moins d'un an qui peut donc restreindre leurs réponses à mes questions et leurs connaissances sur les différents thèmes. Néanmoins, ils ont tous les deux rencontré des patients nécessitant des précautions complémentaires. Il est important d'ajouter qu'ils ont toujours exercé en présence de la pandémie et donc en portant le masque. L'IDE 1 explique cette situation lors de l'entretien : "Le truc c'est que moi j'ai toujours connu la prise en charge de tous les patients avec un masque et du coup je ne sais pas quand il faut porter un masque si on n'en porte pas tout le temps dans le service". Cela peut impacter leur vision des précautions complémentaires puisque le masque en fait partie, or il a été inclus dans les précautions standards lors de la pandémie. Enfin, lorsqu'on parle précautions complémentaires, les deux IDE ont tendance à

directement évoquer la COVID-19 et ses précautions et donc occultent les autres types de précautions complémentaires.

## **IV. L'analyse descriptive**

A présent, je vais procéder à l'analyse des entretiens réalisés avec les infirmiers. Pour cela, j'ai d'abord commencé par retranscrire leurs propos puis je les ai classés en thèmes et sous thèmes à l'aide d'un tableau (cf. Annexe V). Cela m'a permis de construire, dans cette partie, une analyse descriptive de leurs propos afin d'obtenir une vision du terrain en lien avec ma question et mon sujet de mémoire.

### **1. Les précautions complémentaires**

#### **1.1 La définition des professionnels**

Pour débiter l'entretien je les ai interrogés sur la vision qu'ils avaient des précautions complémentaires. L'un les définit comme "toutes les précautions [misent] en place lorsqu'un patient est atteint d'une maladie ou autre qui pourrait (...) infecter [les soignants] ou qu'on pourrait probablement transmettre également à d'autres gens dans le service qui seraient vulnérables". Et l'autre ajoute la notion d'isolement dans une chambre ainsi que l'habillement qui y découle : masque, lunettes, charlotte, surblouse, gants et surchaussures.

#### **1.2 L'annonce de mise en place de précautions complémentaires**

Les deux IDE s'accordent à dire qu'ils annoncent bien souvent eux-mêmes l'infection aux patients et donc la mise en place de précautions complémentaires. L'IDE 1 explique qu'il est plus prudent de le faire dès que les soignants reçoivent le résultat positif d'une infection transmissible afin de limiter au mieux la propagation. En ce qui concerne les précautions complémentaires, l'IDE 1 évoque que les patients sont habituellement surpris mais acceptent la situation. Mais les deux IDE sont d'accord pour dire que certains ne connaissent pas la maladie et les précautions complémentaires que cela implique, ce qui va fréquemment perturber les patients.

#### **1.3 Les informations données au patient**

Afin de clarifier la situation et permettre une meilleure compréhension de la part du patient, les IDE s'entendent à dire qu'il faut expliquer au patient ce que la pathologie et les précautions complémentaires signifient. Ils procèdent tous les deux de la même façon. Les IDE expliquent au patient que le test de l'infection est revenu positif, qu'il va devoir rester dans sa chambre durant un temps donné, parfois porter le masque en fonction de la précaution installée. Ils évoquent tous les deux

une restriction des visites, des déplacements. Il semble important pour les deux IDE d'exposer le changement dans leur prise en soin. En effet, ils vont évoquer au patient leur habillage. En prenant l'exemple de la COVID, l'IDE 1 explique que les soignants vont "arriver tels des extraterrestres avec une panoplie d'équipement". L'IDE 2 exprime le fait que les patients comprennent plus facilement "parce qu'avec la COVID [les précautions complémentaires] ont été énormément médiatisées". Il semble important de préciser que l'équipe soignante reste présente pour le patient isolé.

#### **1.4 L'habillage des soignants**

Concernant l'habillage induit par la mise en place de précautions complémentaires, les IDE sont unanimes et parlent directement de la COVID-19. Le port de charlotte, lunettes, masque, surblouse, gants et surchaussure est comparé à "des extraterrestres" par l'IDE 1 et à un "cosmonaute" par l'IDE 2. Ainsi, les IDE consentent à dire que cet habillage instaure une barrière et peut parfois faire peur au patient. Néanmoins, on peut noter que l'IDE 2 nuance ce côté négatif en expliquant que la médiatisation de la COVID et donc des précautions complémentaires les rend "plus familières".

#### **1.5 L'impact dans les soins**

Le fait d'avoir un patient avec une pathologie transmissible dans un service engendre une adaptation dans les soins. Les IDE s'accordent à dire que ce patient nécessitant des précautions complémentaires sera vu en fin de tour afin d'éviter la propagation du virus. De la même manière, les soins sont organisés de façon à être regroupés autant que possible, avec une attention particulière accordée à limiter les contacts physiques avec les patients. De cette façon, le regroupement des soins, la logique d'organisation du "tour" et l'habillage/déshabillage imposés aux soignants vont donc impacter les soins.

### **2. L'impact d'une hospitalisation**

#### **2.1 L'hospitalisation n'est pas un choix**

Afin de poursuivre l'entretien, je voulais savoir ce qu'une hospitalisation représentait pour les patients. Les deux IDE expliquent qu'une hospitalisation n'est pas quelque chose d'anodin dans la vie d'un individu. Ils expriment la difficulté de cet instant et son aspect anxiogène. L'IDE 1 indique qu'une hospitalisation "chamboule tout", ainsi elle insiste sur le fait que l'hospitalisation a un impact significatif sur les patients. Et l'IDE 2 ajoute qu'une hospitalisation apporte "une notion de mort, qui fait peur". De cette manière, il met en avant l'insécurité dans laquelle les patients sont placés lors d'une hospitalisation.



## **2.2 L'isolement social**

Une hospitalisation est d'autant plus dure qu'elle implique un éloignement des proches. Les deux IDE consentent à dire que les visites autorisées uniquement l'après-midi restreignent le patient dans ses contacts avec son entourage. Ils ajoutent que les activités personnelles comme le sport, la musique, les sorties ne sont plus possibles lors d'une hospitalisation. Ils complètent en disant que les patients ne peuvent pas exercer leur profession lorsqu'ils sont hospitalisés et cela crée davantage de distance sociale et peut même les angoisser, les amener à culpabiliser. Les deux IDE concluent que l'hospitalisation crée un isolement social.

## **3. L'impact des précautions complémentaires**

### **3.1 Un mal être pour le patient**

Ensuite j'ai voulu me focaliser sur l'impact des précautions complémentaires pour le patient. Les infirmiers qualifient les précautions complémentaires de "barrière". De cette façon, ils expliquent que le patient nécessitant des précautions complémentaires peut se sentir "comme un pestiféré" du fait du port d'EPI par tous leurs interlocuteurs et des contacts restreints. L'IDE 1 compare même cette situation à un celle d'un lépreux. L'IDE 2 dit que le port d'EPI rappelle au patient qu'il est malade, qu'il risque de contaminer les autres et cela peut le rendre mal à l'aise. Ainsi, les infirmiers évoquent que les précautions complémentaires peuvent avoir un impact négatif sur le patient.

### **3.2 L'isolement social**

Après avoir vu que l'hospitalisation implique un isolement social, j'ai voulu savoir ce qu'il en était pour les précautions complémentaires. Les deux IDE sont unanimes : les précautions complémentaires engendrent un isolement social. Dans un premier temps l'IDE 2 évoque la participation de la chambre seule dans cet isolement. En effet, il explique que "les précautions complémentaires (...) empêchent cette entrée en contact que peut provoquer la chambre double". Dans un second temps les IDE disent tous les deux que les visites sont moins tolérées si le patient nécessite des précautions complémentaires car il y a un risque de transmission donc les soignants doivent sensibiliser les visiteurs et informer quant au risque de contamination. Le téléphone serait un moyen de minimiser l'éloignement avec l'entourage en permettant la communication mais les IDE expliquent que ce n'est pas une solution qui remplace pleinement les contacts visuels et corporels. L'IDE 2 conclut en expliquant que l'isolement social est nocif car "en tant qu'être humain on a besoin de cet aspect social pour vivre, exister".

#### **4. L'isolement social comme obstacle potentiel à la guérison**

Lorsqu'un patient hospitalisé nécessite des précautions complémentaires, l'isolement social peut devenir un piège. Or cet isolement peut influencer la santé des patients. De cette manière, il est inévitable de se concentrer sur les conséquences de l'isolement social sur la guérison du patient. Selon les deux infirmiers, un patient qui présente un état de santé physique altéré peut se refermer sur lui-même et perturber ainsi sa guérison s'il est également privé de liens sociaux. Cependant, l'IDE 2 est plus mesuré dans ses propos et ne précise pas l'impact exact de l'isolement social sur le processus de guérison. L'IDE 1 donne un exemple concret d'un patient atteint de la COVID et ayant des antécédents de syndrome dépressif, soulignant que le manque de liens sociaux pourrait lui faire retrouver son état dépressif. Enfin, elle ajoute que "c'est hyper important, pour que ton patient aille bien, pour qu'il guérisse, il faut qu'il aille socialement bien".

#### **5. La relation soignant-soigné**

##### **5.1 La relation impactée par les précautions complémentaires**

En ce qui concerne la relation soignant-soigné, les précautions complémentaires ont forcément un impact puisqu'elles imposent des règles, des limites, au soignant et au soigné. Tout d'abord, l'IDE 2 évoque le fait que la blouse blanche est froide et pose déjà un cadre de soin. Il accuse le port du masque depuis la pandémie de COVID d'altérer la prise en soin et la compréhension en cachant une grande partie du visage des soignants. Ensuite les deux IDE s'accordent à dire que les EPI mettent de la distance entre le patient et l'infirmier.e, qu'ils créent une barrière. L'IDE 2 complète en disant que "le masque, la charlotte ça cache la bouche, les sourcils, la charlotte, le visage et du coup ça masque les expressions du visage". Enfin, l'IDE 1 ajoute que lors des soins les soignants conservent une distance avec le patient afin de limiter le risque de contamination et cela pourrait impacter la relation soignant-soigné puisqu'ils ne sont pas aussi proches et en contact avec ce patient qu'avec les autres. Cela peut aider le patient à se sentir à part et mal à l'aise.

##### **5.2 L'IDE s'adapte face aux précautions complémentaires et à l'isolement social**

Puisque l'hospitalisation crée un isolement social et les précautions complémentaires aggravent celui-ci, il est important d'observer comment les infirmiers font face à cette problématique. La première infirmière est directe et explique qu'elle instaure "du relationnel à fond !". Les deux IDE s'entendent pour dire qu'il faut montrer au patient leur présence, le rassurer. L'IDE 1 explique ses essentiels : rentrer plusieurs fois dans la chambre s'il le faut, proposer des appels et des visioconférences avec la famille. L'IDE 2 explique qu'il tente de réduire la distance, installée par les

précautions complémentaires, avec “une relation avec de l’humour”. Ils concluent en expliquant qu’ “en utilisant les soins relationnels tu essayes de rendre le soin plus humain parce que l’humain est caché derrière les protections” et ajoute “c’est bien pour ça que notre métier ne peut pas se faire par un robot parce que derrière les soins, on est humain”. Ainsi, conserver l’humanité serait la clef pour accompagner au mieux un patient nécessitant des précautions complémentaires et ressentant un isolement social.

## **V. La discussion**

Au cours de ce MIRS I j’ai tenté de répondre à la problématique suivante : En quoi la posture de l’IDE influe sur la prise en soin d’un patient nécessitant des précautions complémentaires et ressentant un isolement social ? Après avoir examiné les entretiens menés avec les infirmiers, il est maintenant crucial d’établir une corrélation entre les idées exprimées par les auteurs dans le cadre conceptuel et celles des infirmiers, tout en intégrant mon point de vue.

### **1. Les précautions complémentaires**

Nous avons vu précédemment les différents types de précautions complémentaires et ce que chacune implique. Et il est important d’ajouter que dans le contexte actuel et le passé très proche de pandémie de COVID-19, les précautions complémentaires ont été énormément utilisées et parfois adaptées. Au début de la pandémie, l’approche des patients présentant le coronavirus était bien complexe... A la télévision nous voyons les soignants en tenue intégrale de protection. Il y a peu de temps, lors de mes stages, j’ai constaté que les professionnels de santé devaient porter un équipement de protection complet avant d’entrer dans une chambre où se trouvait un patient atteint de la COVID, comprenant : une charlotte, un masque, des lunettes, une surblouse, des gants et des surchaussures. L’IDE 2 exprime le fait que les patients comprennent plus facilement les mesures mises en place “parce qu’avec la COVID [les précautions complémentaires] ont été énormément médiatisées”. Je pense effectivement que ces équipements étaient plus surprenants et pouvaient faire peur avant la médiatisation de la COVID-19 alors que désormais ces EPI sont plus familiers pour les personnes hospitalisées.

C’est sur les équipements que les infirmiers interrogés ont mis l’accent. Ils ont qualifié les EPI en cas de COVID de tenue “d’extraterrestre” ou encore de “cosmonaute”. Ainsi, les IDE consentent à dire que cet habillement instaure une barrière et peut parfois faire peur au patient. Je pense effectivement que les EPI forment une barrière entre le soignant et le patient, cela rend le soignant impersonnel, empêche le contact visuel et altère la communication non verbale. L’IDE 2 explique même que “le masque, la charlotte ça cache la bouche, les sourcils, le visage et du coup ça masque les expressions du visage”. De la Brière, A. (2019) affirme que ces équipements peuvent renforcer la perception de séparation

dans les relations. Puis j'ai remarqué que les rares contacts présents sont brefs et tendent à être réduits dans l'objectif de limiter au mieux la contamination. Les soignants tentent le plus possible de ne pas s'approcher du patient, de son environnement proche comme son lit. Ces équipements et cette attitude de retrait entravent la relation soignant-soigné et imposent pour le patient un sentiment de rejet, il peut se sentir comme "pestiféré", expliquent les infirmiers interrogés.

De plus, les visites et les déplacements sont restreints, le patient est isolé dans sa chambre. Il est si possible placé en chambre simple, ce qui le coupe des relations éventuelles avec un voisin de chambre, décrit l'IDE 2. Les règles de précautions n'interdisent pas les visites mais les infirmiers interrogés expliquent que les soignants sont dubitatifs quant à autoriser les visites. En effet, les soignants peuvent autoriser des visites limitées en nombre en expliquant aux visiteurs les précautions à respecter. Dans certains cas, les visiteurs et les patients ont peur de la contamination et évitent donc les visites. C'est ce que j'ai constaté en stage dans différents services, les visiteurs sont dubitatifs quant à venir voir leur proche contaminé et le patient a peur pour ses visiteurs. Pour les précautions contact les visites sont plus tolérées car il convient de se placer à l'écart du patient mais si le visiteur n'entre pas en contact avec le patient ou ses liquides biologiques ou son environnement proche alors aucun équipement n'est requis. Pour les précautions gouttelettes ou air alors les modalités de visites sont plus complexes et peuvent varier en fonction de la pathologie, notamment avec la COVID-19. De cette façon, les IDE sont unanimes : les précautions complémentaires engendrent un isolement social.

## **2. L'isolement social**

Pour Serres, J-F. pour le CESE (2017) , l'isolement social "peut provenir de la faiblesse des liens dans leur fréquence ou dans leur régularité, [il] peut aussi être la conséquence d'une qualité durablement insuffisante des relations". Or comme expliqué précédemment, les précautions complémentaires, aussi appelées isolement médical, peuvent engendrer un isolement social. Abdelbar S., Escaut L., Wyplosz B., Couzigou C., Teicher E., Gorriguer Perron C. et Viittecoq D. (2009) en parlent et établissent que "l'isolement médical réactive des problématiques à l'origine d'une souffrance psychique et demande un accompagnement adapté". L'université du Wisconsin appuie sur cette conséquence de l'isolement social et ajoute que l'anxiété et la dépression augmentent avec la durée de l'isolement et que les patients ont signalé un sentiment de colère, de peur, de solitude et d'ennui plus fréquent que la normale. C'est ce que j'ai observé au cours de ma situation d'appel, le patient était en détresse psychologique dû aux précautions complémentaires et l'isolement qu'il induit. En effet, ce patient a communiqué son mal être à l'équipe soignante et l'a rapporté au fait d'être isolé socialement à cause des précautions complémentaires. Lors des entretiens, l'IDE 2 explique qu' "en tant qu'être humain on a besoin de cet aspect social pour vivre", ainsi il définit que la socialisation est un besoin vital. C'est ce qu'a exprimé Delassus E.(2019) en expliquant que l'homme est un être social, ainsi les liens sociaux sont nécessaires pour qu'il se sente utile, vivant et qu'il puisse se réaliser.

Effectivement, l'isolement social peut avoir de nombreuses conséquences sur la santé. L'infirmière interrogée affirme lors de l'entretien que "c'est hyper important, pour que ton patient aille bien, pour qu'il guérisse, il faut qu'il aille socialement bien", elle fait donc le lien entre bien-être, guérison et sociabilisation. Cependant les infirmiers interrogés restent sceptiques quant à l'impact réel de l'isolement social sur la santé des patients. Je pense en effet qu'il est difficile de s'avancer sur l'impact de l'isolement social étant donné qu'il n'est pas mesurable, ce n'est pas une donnée objective. D'une part parce que cela dépend des habitudes sociales du patient, c'est patient dépendant. D'autre part de sa capacité à supporter cette solitude. Néanmoins Serres J-F., pour le CESE (2017) , évoque les différentes conséquences de l'isolement social sur la santé des individus. En effet, cet isolement affecte l'état général de la personne en contribuant au relâchement de l'attention à soi, à une moins bonne alimentation. Au-delà de cet affaiblissement et de cette dégradation globale de la santé, il intervient comme facteur aggravant dans des situations de fragilité. Il serait un facteur de moindre efficacité des moyens mis en œuvre pour éviter la survenue de complications et de rechutes des maladies. Je pense qu'afin de guérir, la seule stratégie n'est pas la médication ou la chirurgie mais c'est un ensemble bien plus complexe. Bien sûr, il est important et inévitable de traiter certains symptômes par un médicament mais ils ont eux aussi leur limite. C'est dans ce sens qu'au cours de notre formation en soins infirmiers nous avons reçu des cours concernant les soins relationnels, les soins non-médicamenteux, la communication et bien d'autres encore. La relation vient donc soutenir psychiquement le patient lui permettant ainsi de se sentir entouré et offrir ainsi une prise en soin globale. Je pense qu'un patient qui est isolé va ressentir un mal-être et cela va le perturber dans son adhésion aux soins et donc dans son processus de guérison.

### **3. Le rôle infirmier**

Durant la mise en place de précautions complémentaires, l'annonce peut avoir un impact primordial dans la relation soignant-soigné durant l'hospitalisation, expliquent Courbet N., Decloux R. et Dos Santos C. . Ils ajoutent qu'elle doit être effectuée par un médecin et que les autres acteurs viennent apporter des compléments d'informations et s'assurent de la compréhension de la part du patient. Cependant, lors des entretiens les infirmiers s'accordent à dire que ce sont eux qui annoncent les résultats des tests dans le but de limiter la transmission. C'est en effet ce que j'ai observé lors de mes stages : le médecin prescrit un test s'il a un doute concernant un germe, les infirmier.e.s réalisent le test, attendent les résultats du laboratoire puis mettent en place les précautions complémentaires associées. Le médecin peut parfois venir voir le patient afin de lui apporter d'autres informations. Mais le risque principal étant la contamination des autres patients alors l'urgence est d'appliquer les précautions au plus vite. Les deux infirmiers expliquent à leur patient : la pathologie et les précautions associées en évoquant l'habillement, la restriction de visite et de déplacement, et la durée des précautions. Je pense que la manière dont l'annonce est effectuée est capitale puisque c'est le premier

rapport entre le patient et les précautions mises en place. Elle est déterminante pour la suite de la prise en soin.

Le risque de transmission impose un regroupement des soins et une certaine logique d'organisation pour le "tour" des soignants. En effet, les infirmiers interrogés expriment la même organisation : les derniers patients du "tour" sont ceux nécessitant des précautions complémentaires. Cette organisation ayant pour but de limiter la propagation du germe. Ce regroupement des soins restreint le nombre de passages dans la chambre du patient et donc le nombre d'interactions pour le patient.

La relation soignant-soigné est au cœur de la prise en soin. Pour moi, la relation soignant-soigné repose sur la communication, le respect et la confiance. C'est un élément crucial dans la prise en soin d'un patient. Si la relation est dégradée alors cela peut avoir un impact sur l'adhésion aux soins du patient, sur son bien être et sur sa confiance envers l'équipe soignante. Or ces éléments sont primordiaux dans le processus de guérison. En ce qui concerne la relation de confiance, Hesbeen W. (1997) la décrit en 8 éléments : "la chaleur humaine qui permet au patient de voir le soignant comme une personne accueillante et proche de lui, l'écoute qui implique une ouverture à l'autre, la disponibilité qui montre l'attention et la qualité de présence envers le patient, la simplicité qui favorise l'accessibilité à l'autre, l'humilité qui permet au soignant d'être conscient de ses limites, l'authenticité qui implique la congruence, l'humour et enfin la compassion". Or ces éléments permettant une relation de confiance solide sont impactés par les précautions complémentaires. En effet, je pense qu'il est difficile d'apporter de la chaleur à un patient alors qu'on est vêtu de la tête aux pieds, avec des équipements blancs parfois accompagnés de couleurs froides. La qualité d'écoute peut rester intacte mais elle peut aussi être bafouée de par les visites de soignants plus rares que pour les autres patients. En ce qui concerne la disponibilité, elle n'est pas épargnée par les précautions complémentaires puisque dans un souci de regroupement de soins, les soignants ne répondent pas à chaque fois présents. Par exemple, si le patient a besoin d'une carafe d'eau mais que peu de temps après l'infirmier.e va venir lui donner ses traitements alors le patient attendra peut être ce passage pour bénéficier d'une carafe d'eau. La relation soignant-soigné peut bien souvent être perturbée par la mise en place de précautions complémentaires. Or elle se doit optimale afin d'assurer le bien être du patient et de lui dispenser des soins de qualité.

Ainsi la relation soignant-soigné doit être adaptée dans un contexte d'isolement social. Druart M-C. (2020) explique que l'IDE doit alors adapter ses actions de soins aux besoins spécifiques du patient et le soutenir dans sa démarche d'adaptation, soit par des actions concrètes sur le stimuli, soit par un soutien émotionnel, dans une compréhension globale de ses déterminants. Le temps de présence du soignant auprès du patient ne doit pas être compris uniquement de l'administration des traitements et des soins médicaux mais doit aussi être un temps d'échange, ajoute Eric Delassus (2019). Il explique que ce temps doit permettre au patient de s'exprimer, de se raconter et de cette manière de se sentir

exister. De cette façon, le soignant va pouvoir aider le patient à mieux vivre son isolement septique. En effet, je pense que l'IDE peut jouer un rôle crucial dans la gestion des précautions nécessaires pour assurer la sécurité du patient et du personnel soignant, tout en offrant un soutien émotionnel à un patient qui se sent seul et isolé. L'IDE peut adopter une approche empathique, attentive et non-jugeante pour aider le patient à exprimer ses préoccupations et ses besoins. Une approche respectueuse et collaborative peut aider à établir une relation de confiance et à favoriser une prise en charge plus efficace et globale. En somme, la posture de l'IDE peut influencer positivement la prise en charge d'un patient nécessitant des précautions complémentaires et se sentant isolé socialement en contribuant à la gestion des risques, en offrant un soutien émotionnel et en favorisant une communication collaborative avec les autres acteurs de la prise en charge.

Afin de répondre à la question de départ, je dirais que l'IDE joue un rôle primordial dans la prise en charge des patients nécessitant des précautions complémentaires et ressentant un isolement social. La posture de l'IDE est importante car elle peut influencer la qualité de la prise en charge et le bien-être du patient. En ce qui concerne les patients nécessitant des précautions complémentaires, il est important que l'IDE adopte une posture professionnelle rigoureuse en respectant les mesures d'hygiène et les protocoles de prévention des infections. L'IDE doit également être attentive aux besoins du patient et s'assurer qu'il est bien informé sur les mesures à prendre pour éviter la propagation de l'infection. Enfin, l'IDE doit être à l'écoute des inquiétudes du patient et de sa famille et leur offrir un soutien psychologique si nécessaire. Concernant les patients ressentant un isolement social, l'IDE doit adopter une posture empathique et bienveillante. Elle doit être attentive aux besoins du patient et lui offrir un soutien moral et affectif. L'IDE doit se rendre disponible afin que le patient puisse profiter de temps d'échange avec celle-ci. Lors de ce temps, l'IDE doit encourager le patient à exprimer ses émotions et ses ressentis pour mieux comprendre ses besoins et y répondre de manière adaptée. En résumé, la posture de l'IDE est essentielle pour assurer une prise en charge de qualité des patients nécessitant des précautions complémentaires et ressentant un isolement social. Elle doit être rigoureuse sur le plan professionnel, tout en faisant preuve d'empathie et de bienveillance pour répondre aux besoins physiques et psychologiques du patient dans l'objectif de guérison.

Après avoir vu un impact plutôt péjoratif de l'isolement social, il est cependant inévitable de voir ce dernier d'un autre prisme. En effet, l'isolement social est parfois une stratégie médicale. Par exemple, pour des problèmes de santé mentale, de conduites addictives ou de troubles alimentaires. Cet isolement pourrait être bénéfique pour les personnes en situation d'addiction, d'autant que cela serait difficile. Il peut permettre à ces patients de se détacher de leur environnement habituel et de se concentrer sur leur rétablissement. De même, l'isolement social peut être bénéfique pour les personnes souffrant d'épuisement professionnel (burn-out) car cela peut leur permettre de se reposer, de se ressourcer et de se concentrer sur leur guérison. Alors on peut se demander si l'isolement social peut-il être bénéfique pour le patient dans certaines situations et donc être une stratégie médicale.

## CONCLUSION

Mon objectif à travers ce MIRSI était de répondre à la question "En quoi la posture de l'IDE influe sur la prise en soin d'un patient nécessitant des précautions complémentaires et ressentant un isolement social?". Bien que je ne puisse pas répondre de manière exhaustive, j'ai compris que les précautions complémentaires peuvent effectivement entraîner un isolement social, ce qui peut être préjudiciable au processus de guérison du patient. C'est pourquoi l'IDE joue un rôle central dans la prise en charge de ce problème de santé mentale. Selon moi, la relation soignant-soigné est essentielle pour une prise en soin efficace, d'autant plus lorsqu'il faut empêcher ou réduire ce sentiment d'isolement social. Par conséquent, l'IDE doit accorder une grande importance à des éléments tels que la confiance, le respect, la communication, la disponibilité, l'écoute et l'empathie pour établir une relation soignant-soigné optimale et efficace.

Ce travail de recherche m'a offert de nombreuses opportunités en termes de réflexion, de connaissances et de découverte de la méthodologie de la recherche en soins infirmiers. Les précautions complémentaires, qui est un thème très intéressant et peut s'appliquer à tous les patients, ont été un sujet récurrent au cours de mes stages. Grâce à ce travail, j'ai acquis une meilleure compréhension de ce thème et évoqué tous les éléments qu'il comporte. Ce travail m'a également permis de prendre conscience des conséquences significatives qui peuvent découler de la mise en place de précautions complémentaires. J'ai particulièrement été frappé par l'isolement social, une conséquence bien spécifique à laquelle j'ai été confronté lors de ma situation d'appel. L'isolement social est un problème crucial dont on parle souvent dans le contexte des personnes âgées. Ici, j'ai voulu souligner l'isolement social causé par les mesures prises par l'équipe soignante, mettant ainsi l'infirmier au cœur de cette problématique. Cependant, il est évident qu'aucun médicament ne peut empêcher le ressenti d'isolement social, c'est pourquoi les soins relationnels sont primordiaux. La relation entre le soignant et le patient est un sujet complexe qui nécessite davantage de réflexion. Dans mon sujet, la difficulté résidait dans l'aspect subjectif de l'isolement social, qui ne peut être mesuré ou quantifié, ainsi que dans la complexité de la relation entre le soignant et le patient, qui est propre à chaque individu.

Le choix de mon sujet de mémoire me tient particulièrement à cœur pour diverses raisons. Avant tout, il met en évidence l'importance de la relation entre le patient et l'infirmier.e, qui est justement l'aspect du métier qui m'attire le plus. Depuis toujours, j'ai à cœur de travailler avec l'humain et de veiller à leur bien-être physique et mental. Tout au long de ce travail de recherche, j'ai cherché à mettre en avant l'importance de la relation soignant-soigné et des soins relationnels. Je considère que ces derniers sont essentiels dans la profession infirmière, et je m'engage à leur accorder une place de choix dans ma pratique professionnelle.



## **Bibliographie**

### **Ouvrages :**

Abdelbar, S., Escaut, L., Wyplosz, B., Couzigou, C., Teicher, E., Gorriguer Perron, C. et Viittecoq, D. (2009). *Répercussions psychologiques de l'isolement médical chez les patients et les soignants*. Masson.

Barlow, M., Liu, S. et Wrosch, C. (2015). *Chronic illness and loneliness in older adulthood : The role of self-protective control strategies*. Health Psychology.

Crépet, A. (2002). *Améliorer les relations soignant-soigné*. Theles.

Freud, S. (1913). *La technique psychanalytique* (Presses universitaires de France). Puf.

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital – Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Masson.

### **Articles :**

Courbet, N., Decloux, R., et Dos Santos, C. (2016). L'isolement septique : un espace fermé ouvert à la relation de soins. *Revue de l'infirmière*, (221) , 51-52.

De la Brière, A. (2019). Isolement et soins. *La revue de l'infirmière*, (250) , 15.

Delassus, E. (2019). L'isolement du malade, limiter les effets de la double peine. *La revue de l'infirmière*, (250) , 16-17.

Meunier, O. (2022). L'infirmière et les précautions complémentaires. *La revue de l'infirmière*, (284) , 51-52

Meunier, O. (2023). L'infirmière et les précautions standard. *La revue de l'infirmière*, (288) , 51-52.

### **Dictionnaire :**

Paillard, C. (2021). Relation. Dans *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* (p. 421). Setes Edition.

### **Mémoire et thèse :**

Terrapon, C. (2010). *L'isolement de contact : Accompagnement des patients selon leurs besoins*.

[Travail de Bachelor, Haute Ecole de Santé de Fribourg].

[https://doc.rero.ch/record/24929/files/TERRAPON\\_Claire\\_BT.pdf](https://doc.rero.ch/record/24929/files/TERRAPON_Claire_BT.pdf)

**Sur le web :**

C.Clin-Ouest (2001). *Hygiène en psychiatrie*.

[https://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/cclin\\_arlin/cclinOuest/2001\\_psychiatrie\\_CCLIN.pdf](https://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/cclin_arlin/cclinOuest/2001_psychiatrie_CCLIN.pdf)

Druart, M-C. (2020). *Accompagner les patients hospitalisés et “isolés” pour cause de coronavirus*.

<https://www.infirmiers.com/profession-ide/accompagner-les-patients-hospitalises-et-isoles-pour-cause-de-coronavirus>

Franceschini, E. (2012). L'hospitalisation : un travail de deuil ?, *Le journal des psychologues*, (297) , 58-61.

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2012-4-page-58.htm>

Lafarge, V. (2020). *Mes outils de psy*.

<https://www.parlons-psychologie.com/mes-outils-de-psy/>

Phaneuf, M. (2016). *L'alliance thérapeutique comme instrument de soins*.

<http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-commeinstrument-d-e-soins.pdf>

Serres, J-F. (2017). *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité*.

[https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avjs/2017/2017\\_17\\_isolement\\_social.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avjs/2017/2017_17_isolement_social.pdf)

SF2H (2017). *Actualisation des précautions standard*.

[https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2017/06/ActualisationPS\\_SF2H\\_juin2017.pdf](https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2017/06/ActualisationPS_SF2H_juin2017.pdf)

SFHH (2013). *Recommandations nationales : Prévention de la transmission croisée : Air ou gouttelettes*.

[https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2013/03/SF2H\\_recommandations\\_air-ou-gouttelettes\\_2013.pdf](https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2013/03/SF2H_recommandations_air-ou-gouttelettes_2013.pdf)

SFHH (2009). *Recommandations nationales : Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact*.

[https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2009/01/SF2H\\_prevention-transmission-croisee-2009.pdf](https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2009/01/SF2H_prevention-transmission-croisee-2009.pdf)

**Diapositive non disponible au public :**

Institut de formation en soin infirmier (2020, octobre). Précautions complémentaires [diapositive].

## Annexes

### Annexe I : Pyramide de Maslow



Lafarge, V. (2020). *Mes outils de psy*.

<https://www.parlons-psychologie.com/mes-outils-de-psy/>

### Annexe II : Guide d'entretien

#### Introduction :

Présentation : Sarah EIDE 3ème année à Pontchaillou, projet professionnel.

Sujet du mémoire : En quoi la posture de l'IDE influe sur la prise en soin d'un patient nécessitant des précautions complémentaires et ressentant un isolement social ?

Garantir l'anonymat et obtenir le consentement pour l'enregistrement audio.

Pouvez-vous vous présenter brièvement ?

Dans quels services avez-vous exercé ?

### Thème 1 : Précautions complémentaires

Rencontrez-vous régulièrement des précautions complémentaires dans votre service ?

A quelle fréquence ?

Quels types d'isolement ?

Qu'est ce que cela représente pour vous ?

### Thème 2 : Rôle IDE

Comment se passe l'annonce de l'isolement au patient ?

Qui annonce l'isolement ?

De quelles informations l'annonce d'un isolement est-elle constituée ?

Qu'est ce que vous, en tant qu'IDE, mettez en place pour un isolement ?

Comment adaptez-vous vos soins ?

Pensez-vous que la mise en place de précautions complémentaires influence la relation soignant-soigné ?

### Thème 3 : Isolement social

Pour vous, qu'est ce qu'une hospitalisation impacte sur le patient ?

Pensez-vous qu'une hospitalisation engendre un isolement social ?

Qu'est ce que la mise en place de précautions complémentaires impacte sur le patient ?

Pensez-vous qu'elle impacte un isolement social ?

### Conclusion :

Que souhaitez-vous ajouter ?

Remerciements

### **Annexe III : Entretien IDE 1**

L'anonymat est garanti avant les entretiens et l'accord est donné pour l'enregistrement. Le tutoiement est employé car nous nous connaissons personnellement.

**ESI :** Du coup je vais déjà me présenter, moi c'est Sarah je suis en 3eme année au CHU de Pontchaillou à Rennes. Je fais mon mémoire de fin d'année comme je t'ai dit et ma problématique en fait c'est : en quoi la posture de l'infirmier influe sur la prise en soin d'un patient nécessitant des précautions complémentaires et ressentant un isolement social ? J'ai choisi ce thème parce que les personnes en isolement dans les services et la réorganisation des soins qui en découlent c'est quelque chose qui m'a semblé parfois compliqué à mettre en place.

Est-ce que tu peux m'en dire un peu plus sur toi, te présenter, m'expliquer ton expérience ?

**IDE 1 :** Moi j'étais en école au Mans parce que c'était la première année Parcoursup et que c'était compliqué d'être prise où on voulait. Donc je suis partie au Mans faire mes études après mon Bac Pro aide à la personne. J'ai fais mes 3 ans d'études et j'ai été diplômée en juillet 2022. J'ai postulé au CHU, de base je devais être au pool de neurosciences de jour et donc aider dans les services neurosciences. Finalement je suis passée de nuit et comme ça ne me convenait pas du tout on m'a proposé un poste à Halphen qui est un service avec 3 spécialités : ORL, ophtalmo et ortho-traumato. Et je suis quelqu'un qui m'ennuie très vite donc le service m'a convenu tout de suite parce qu'on est jamais dans le même secteur, au maximum on fait 3 jours dans le même. On voit tout pleins de pratiques, de soins techniques, beaucoup de relationnel parce que c'est des patients qui sont souvent atteints de cancer et donc une prise en charge psychologique derrière et c'est ce qui m'a plu dans ce service.

**ESI :** Ok donc toi ce qui te plaît dans le service c'est l'aspect pluripathologique ?

**IDE 1 :** Oui, quand j'étais à Jean Pecker en neurochirurgie en août et septembre dernier je m'ennuyais parce que c'était souvent la même chose et arrivée à Halphen c'est jamais les mêmes journées parce qu'on peut avoir de la chirurgie comme de la médecine. Parce qu'on peut avoir des abcès de cornées, comme des interventions de l'œil, des phlegmons traités par antibiothérapie, et de la chirurgie beaucoup plus lourde et en traumato par contre ça reste de la chirurgie tout le temps mais le reste change. Les débuts sont pas simples, on nous vend un peu du rêve, je trouve, à l'école en nous disant qu'à l'issue de nos 3 ans on a tout ce qu'il faut savoir. Mais pas du tout, je pense encore pendant des années et toute ma carrière je continuerai à apprendre parce qu'en fait c'est énorme la différence entre la théorie et la pratique. On nous vend souvent du rêve, alors que c'est hyper dur d'intégrer un service, une équipe, faut prendre les habitudes du service, il faut se remettre en route en se disant qu'on est plus étudiant et qu'on est professionnel puis on fait face aux choses qu'on n'a pas géré en tant

qu'étudiant. Et ton thème est très bien pour ça d'ailleurs car lors des stages on ne gère pas beaucoup ce côté social, l'IDE que l'on suit fait beaucoup et va beaucoup communiquer avec le patient parce qu'elle a l'habitude. Et en fait, arrivée en tant que professionnel c'est se dire que c'est à moi de rassurer les patients, c'est à moi d'essayer de les mettre à l'aise. Et tout ça, certes dans les derniers stages on est censés pouvoir prendre tout le service en charge et on le fait, on commence à le faire, mais c'est vraiment en tant que professionnel qu'on se met en route vraiment quoi.

**ESI :** Ok, et donc tu as comme projet de rester dans ce service là ?

**IDE 1 :** Pour l'instant oui. Dans 5 ans je sais pas où je serai mais là le service me convient vraiment, je prends confiance en moi et je continue d'apprendre, de pratiquer et je verrai plus tard.

**ESI :** Ok, est ce que dans ton service tu as rencontré la mise en place de précautions complémentaires ?

**IDE 1 :** Oui, surtout des isolements pour des patients COVID, le plus basique. Et sinon ce n'est pas tant des précautions complémentaires mais tout le service ORL il y a 12 chambres qui sont réservées principalement aux personnes ayant une trachéo. Ce sont des patients qui sont obligés de rester en chambre, en fait ils peuvent aller se promener mais le problème c'est qu'ils ont des humidificateurs et ça crée une barrière parce qu'ils doivent rester dans leur chambre. Ils ont des sondes nasogastriques, des sondes de trachéo qu'ils n'ont pas forcément envie de montrer aux gens qu'ils croisent. Donc ce n'est pas forcément des précautions complémentaires mais une sorte d'isolement. Après il y a toujours des patients COVID, des tuberculoses, et tout ce qui est infectieux comme le phlegmon, où les patients doivent rester le plus possible en chambre. Le truc c'est que moi j'ai toujours connu la prise en charge de tous les patients avec un masque et du coup je ne sais pas quand il faut porter un masque si on n'en porte pas tout le temps dans le service. Mais je sais que pour les patients porteurs de trachéo il faut porter un masque FFP2 lorsqu'ils font des aérosols. Sinon pour mettre des collyres on porte des gants parce qu'il y a un risque de toucher la muqueuse de l'œil. Pour le COVID on est habillés complètement : masque, lunette, charlotte, surblouse, gants et surchaussures.

**ESI :** Et du coup, qu'est ce que les précautions complémentaires représentent pour toi ? Cette partie protocolaire ?

**IDE 1 :** Pour le COVID par exemple, ça fait une énorme barrière je trouve parce qu'on rentre dans la chambre avec le masque, la surblouse, ... Pour les patients c'est souvent d'ailleurs compliqué en fait ils nous ne voient pas beaucoup parce qu'on n'est pas souvent là parce qu'il faut s'habiller à chaque fois donc on y va que pour notre tour et quand il sonne. Et puis on regroupe nos prises en soin donc c'est pareil, ils nous voient très peu dans la journée et lorsqu'ils nous voient c'est vêtu de A à Z, bien camouflé. Pour les patients je trouve que ça fait une barrière, le relationnel est différent. Il est différent parce que tu auras beau discuter avec la patiente elle ne voit pas ton visage réellement et puis on garde

une distance parce qu'il faut pas trop qu'on s'approche, il n'y a pas de contact comme on peut avoir avec d'autres patients. Après il y a la protection, certes, mais on garde une distance et ça fait une barrière. Et à la fois, comme on sait qu'ils ont le COVID et que ce n'est pas forcément facile pour eux d'être hospitalisés et d'en plus avoir le COVID et d'en plus d'être enfermé dans la chambre, on va avoir tendance à développer le relationnel. C'est-à-dire qu'on va essayer de les rassurer, d'être présent à chaque tour. Donc à la fois ça fait une barrière mais on va discuter de choses dont on ne discuterait pas avec d'autres patients.

**ESI :** Donc tu dirais que tu abordes différemment une chambre avec un isolement qu'une chambre normale de par la barrière que ça crée ? Tu vas vouloir combler un peu ce manque qu'ils ont avec davantage de relationnel, c'est ça ?

**IDE 1 :** Oui c'est ça, je vais essayer de remédier au fait qu'il soit seul dans sa chambre toute la journée. Ça va changer un peu la prise en soin.

**ESI :** Ok, est-ce que tu as déjà pu assister à une annonce d'isolement ? Tu as peut-être fait l'annonce ?

**IDE 1 :** Oui c'est régulier que l'on fasse l'annonce. Après je prends beaucoup l'exemple du COVID parce que c'est ce qu'il y a de plus commun en ce moment parce que tu fais le test PCR, tu lis le résultat et tu n'attends pas que le médecin passe parce qu'il faut mettre en place les précautions directement et que tu peux pas te permettre de laisser le virus se développer. Donc pour le COVID on le fait très souvent. Alors il y a les patients qui sont surpris et il y a ceux qui le vivent pas si mal parce qu'ils n'ont pas forcément conscience de ce que ça veut dire d'avoir le COVID parce qu'ils ne l'ont jamais eu et qu'ils n'ont pas été touchés personnellement. Ces patients ne se rendent pas compte de ce qu'il faut faire, qu'il ne faut pas sortir de la chambre, ... Là il faut expliquer aux patients et c'est là qu'ils se rendent compte que c'est 7 jours où ils vont être isolés. Et puis il y a les personnes qui réagissent très mal parce qu'ils se demandent qui est ce qui va venir les voir. On répond que ça va être délicat, qu'on peut organiser des visios. Souvent ils demandent ce qu'ils vont faire pendant 7 jours ici, à attendre que le temps passe. Parce qu'à l'hôpital, à part regarder la télé, il n'y a pas beaucoup d'autres occupations. Alors certes la bibliothécaire peut passer, mais tout le monde n'aime pas lire. Puis avec les personnes âgées, la technologie et la télé ce n'est pas forcément ce qui les intéresse. Puis si on aime les mots croisés mais que personne ne peut nous en apporter, c'est compliqué. Donc c'est souvent qu'on annonce qu'il va y avoir un isolement.

**ESI :** et lorsque vous annoncez l'isolement, quelles informations vous donnez au patient ?

**IDE 1 :** Pour le COVID, par exemple, on leur dit que le test est revenu positif et que cela entraîne un isolement de plusieurs jours. Et qu'il va falloir prendre des précautions et qu'on va changer notre manière de faire. On explique qu'on ne va pas pouvoir aller et venir dans la chambre comme avant et qu'on va arriver tels des extraterrestres avec une panoplie d'équipement. Et que lui il va devoir rester

en chambre et que les visites vont être délicates. On précise qu'on est présent, il faut les rassurer sur le fait que ce n'est pas parce qu'ils sont en isolement qu'ils ne peuvent pas sonner et qu'on ne peut pas aller dans la chambre.

**ESI :** Il va donc y avoir une organisation différente des soins. Comment adaptez-vous adaptez le service, les soins ?

**IDE 1 :** oui alors le patient reste dans sa chambre, sauf s'il est en chambre double alors il va en chambre simple ou alors on transforme la chambre double en chambre simple. Tout l'équipement nécessaire est mis à l'extérieur avec tout ce dont on a besoin : SHA, lunettes, charlottes, surblouses, surchaussures, gants de tailles différentes, masques. Et peu importe l'emplacement de la chambre dans le service, on ira voir ce patient en dernier parce qu'il y a moins de risque de contaminer les autres patients que si on va le voir au milieu de notre tour. On va s'adapter. Le seul souci c'est quand il y a des antibio ou autre à heures fixes. C'est le médical qui prime, c'est pas très grave dans ce cas là parce qu'on a les équipements qu'il faut, on va bien se désinfecter les mains et se laver les mains après. Mais si on peut, on va voir ce patient en dernier.

**ESI :** Tu as dit que tu adaptes ton relationnel avec ces patients isolés parce que tu penses que le fait que le patient soit en précautions complémentaires influence la relation soignant-soigné ?

**IDE 1 :** Oui, parce que ça influe forcément parce que comme je disais, d'une il y a les équipements. Quand les seules personnes que tu vois elles sont habillées de la tête aux pieds. En plus tu ne les vois pas beaucoup. Déjà ça te rappelle que tu es en isolement, ça te rappelle que tu as le COVID et qu'il faut attendre encore et encore. Et puis c'est vrai qu'on garde toujours une distance, même si on porte des équipements, il y a toujours cette peur d'attraper le COVID parce qu'on risque de le transmettre à d'autres patients. En fait, tu as quand même cette distance. On ne se colle pas au lit, on va prendre la tension du patient puis se reculer pour discuter et donc ça influe forcément la relation soignant-soigné parce que tu n'es pas aussi naturelle qu'avec les autres patients. La relation est perturbée parce que même si tu veux faire d'une façon, au final tu sais que le patient est en précautions complémentaires et qu'il y a un risque de transmission. C'est vrai que ça, ça reste en tête.

**ESI :** D'accord merci ! Je vais parler d'un autre thème maintenant. De ton point de vue, quel impact a une hospitalisation pour un patient ?

**IDE 1 :** Ça dépend déjà des patients. Mais oui une hospitalisation impacte forcément le patient. Je ne pense pas qu'on choisisse, à part lorsque c'est programmé, et encore, on n'a pas comme but d'être hospitalisé parce que ça implique un éloignement de nos proches. Les visites ce n'est pas quand tu veux, comme tu veux, à combien tu veux, il y a une restriction. Surtout depuis le COVID. Donc ils savent qu'ils vont pouvoir avoir de la visite seulement de 13h30 à 17h30, sauf que leurs proches peuvent travailler. Donc l'hospitalisation éloigne forcément les patients de leur famille. Ça fait aussi



une coupure avec la vie sociale, on est coupé de tout. On est dans une chambre, on peut se déplacer mais peu de personnes osent se déplacer au sein de l'hôpital parce qu'ils pensent qu'à l'hôpital on reste dans sa chambre. Ils ont le droit d'aller se promener mais peu le font. Donc ça les coupe complètement de leur vie sociale, leur vie familiale. Ils sont aussi dépendants des soignants parce que quand le soignant passe dans leur chambre, le patient doit être présent. Les médicaments, je ne sais pas trop ce qu'on me donne mais il faut que je me fasse soigner. On ne sait pas si le médecin va passer, quand est ce qu'il va passer donc ça les oblige à rester dans leur chambre. Donc l'hospitalisation déjà c'est quelque chose d'anxiogène, ce n'est pas commun, ce n'est pas un souhait. A moins de se faire opérer pour quelque chose qu'on veut retirer par exemple. Mais en général la majorité des patients n'ont pas choisi d'être là. Une hospitalisation ce n'est pas rien, j'ai vu beaucoup de patients pleurer. Dans mon service j'ai des ostéotomies, ce sont des personnes, des jeunes le plus souvent, qui se font refaire la mâchoire. Ce sont des personnes qui ont choisi et ils attendent longtemps cette intervention. Mais s'ils pouvaient ne pas la faire, ils ne la feraient pas. Donc ce sont des patients qui, même s'ils ont demandé cette opération, peuvent arriver en pleurant parce qu'ils réalisent l'impact que cette opération va avoir : hospitalisation, ne pas manger ce qu'on veut, des douleurs,... Et de nombreux patients arrivent mal parce qu'ils ont peur de ce qu'il va leur arriver, combien de temps ils vont rester ici,... Ça chamboule tout. Le travail, ils angoissent souvent par rapport au travail et se demandent comment ils vont faire, qu'est ce qu'ils vont dire à leur patron, parfois ils sont leurs propres patrons. Du coup notre rôle c'est d'être là, de leur expliquer qu'ils ne sont pas seuls, que pleins d'autres personnes sont dans leur cas, que c'est compliqué mais qu'ils n'ont pas le choix d'être là et que ça sera bientôt fini. Notre rôle c'est de les rassurer.

**ESI :** Tu disais que l'hospitalisation ça les coupait de leur famille, de leurs relations sociales, qu'ils ne pouvaient pas forcément avoir les visites qu'ils souhaitent, ça a donc un impact sur leur vie sociale ?

**IDE 1 :** Oui, je pense que ça crée un isolement social. Après ça dépend des patients. Je pense notamment aux retraités, souvent leur partenaire vient leur rendre visite tous les jours. Même les personnes qui viennent de loin, bien souvent la famille prend un logement pour pouvoir venir tous les après-midi. Mais même si les patients ont cette visite l'après-midi, ils sont seuls le matin, la nuit, et ils n'ont pas l'habitude. Mais oui, pour la plupart des gens ça entraîne forcément un isolement social. Moi demain je me retrouve hospitalisée, je ne suis pas au top de ma forme, en plus je suis isolée, je ne connais personne, je ne connais pas les soignants, comment ils s'appellent, je n'ai pas ma famille près de moi, je n'ai pas mes amis. Donc forcément ça engendre un isolement social.

**ESI :** Est-ce que tu penses que la mise en place de précautions complémentaires peut favoriser aussi l'isolement social ?

**IDE 1 :** C'est pire. C'est pire parce que les patients qui auraient pu avoir des visites l'après-midi, bah comme ils ont des précautions complémentaires, même s'ils peuvent quand même en avoir, bien

souvent les soignants disent que les visites vont être compliquées. Ils peuvent en avoir, les proches doivent juste respecter, comme les soignants, l'habillage. Pour autant, quand tu entends les soignants, ils disent souvent que c'est compliqué parce que vous risquez d'attraper le COVID. Et donc c'est pire, ce sont des patients qui auraient la possibilité de voir du monde l'après-midi quand même, mais qui n'en ont pas. L'isolement social est donc encore plus impressionnant et certes ils vont avoir des appels mais ce n'est pas pareil, ce n'est pas le même lien, la même relation. Donc l'isolement social est davantage présent pour des patients ayant des précautions complémentaires.

**ESI :** En sachant tout ça, qu'est ce que tu mets en place, qu'est ce que tu fais différemment pour un patient nécessitant des précautions complémentaires ? Comment tu abordes cette chambre ?

**IDE 1 :** Du relationnel à fond ! Il ne faut pas hésiter à rentrer plusieurs fois dans la chambre, à se changer à chaque fois. S'il faut entrer uniquement pour discuter avec lui, je le fais. Ce que j'aime bien faire c'est proposer un appel, des visios avec la famille pour qu'il conserve quand même un lien avec leur entourage. Surtout pour les personnes âgées qui n'ont pas forcément les outils pour. Moi j'hésite pas, lorsque j'ai un appel pour me demander des nouvelles du patient, je propose de passer le téléphone au patient. Je m'en fiche de devoir désinfecter le téléphone après. S'il faut, je le mets dans une pochette plastique. Je me dis juste que c'est hyper important, pour que ton patient aille bien, pour qu'il guérisse, il faut qu'il aille socialement bien. Et quand tu es isolé, par exemple pour COVID et qu'il y a des antécédents de syndrome dépressif, comment tu veux qu'il aille bien s'il n'a pas de contact avec l'extérieur, comment tu veux qu'il ne risque pas de retomber dans ce syndrome. Donc voilà, du relationnel à fond et proposer des visios. Le relationnel, quand je vais dans la chambre je discute de tout et de rien, je leur demande comment ils vont. Et je peux proposer aussi la venue de la psychologue. Je reste discuter, même si je perds du temps dans mes soins, mais à côté de ça mon patient se sent mieux, il se sent bien. Après ça dépend des journées, il y a des jours où on n'a pas le temps, mais voilà ça sera comme pour les patients qui n'ont pas de précautions, un passage plutôt rapide. On aimerait prendre le temps. Mais dès que je peux prendre du temps, je prends du temps. Pour discuter, pour voir avec eux ce qui ne va pas, qu'est ce qu'ils aimeraient.

**ESI :** Donc tu dirais que la mise en place de précautions complémentaires, impacte la relation que tu as avec ton patient ?

**IDE 1 :** Oui complètement. Rien que le fait de rentrer dans la chambre avec un tas d'équipement, en plus tu ne rentres pas aussi souvent qu'une chambre où il n'y a pas de précautions.

**ESI :** Pour toi, tu as dit qu'un patient qui ne va pas bien socialement, cela va impacter sa santé ? Et donc qu'un patient qui ressent un isolement social ne va pas guérir de la même façon que s'il n'en ressentait pas ?

**IDE 1 :** Oui. Pour être plus claire, je pense que si je ne vais pas bien, si je suis malade, j'ai l'impression que les symptômes sont pires parce que je n'ai personne autour de moi, ma famille n'est pas là pour me rassurer. A chaque fois je me compare à mon ressenti. Un patient qui n'est pas bien, si en plus il a un isolement social, il va se renfermer sur ses symptômes, sur ce qu'il a et pas sur son combat et l'objectif d'aller mieux pour retrouver sa famille.

Remerciements.

#### **Annexe IV : Entretien IDE 2**

L'anonymat est garanti avant les entretiens et l'accord est donné pour l'enregistrement. Le tutoiement est employé d'un commun accord.

**ESI :** Du coup je vais déjà me présenter, moi c'est Sarah je suis en 3eme année au CHU de Pontchaillou à Rennes. Je fais mon mémoire de fin d'année comme je t'ai dit et ma problématique en fait c'est : en quoi la posture de l'infirmier influe sur la prise en soins d'un patient nécessitant des précautions complémentaires et ressentant un isolement social ? J'ai choisi ce thème parce que les personnes en isolement dans les services et la réorganisation des soins qui en découle c'est quelque chose qui m'a semblé parfois compliqué à mettre en place.

Est-ce que tu peux m'en dire un peu plus sur toi, te présenter, m'expliquer ton expérience ?

**IDE 2 :** Moi je suis diplômé depuis juillet. A la base j'ai fait un bac S puis une année de médecine parce que la santé m'intéressait. Cette année ne s'est pas forcément bien passée. Après ça j'ai travaillé en gériatrie en tant qu'agent et c'est là que j'ai vu que le métier d'infirmier me plaisait. Je pense que j'avais peut-être au lycée une idée un petit peu fermée du métier. Au final j'ai découvert plusieurs facettes du métier d'infirmier. Donc je me suis lancé dans les études. Comme je suis de Rennes, je voulais absolument venir à Rennes, à Pontchaillou. Maintenant je suis au CH de Dinan en médecine post urgence et post AVC. Parce que j'avais fait un stage en post urgence au CHU et en plus je souhaitais une petite structure, plus familiale et à taille humaine. C'est un service qui comporte deux unités. C'est un étage avec deux services. Un où c'est du poste AVC avec de la décompensation cardiaque et l'autre où c'est de la médecine post urgence. Ce sont deux services qui se complètent en fait avec des prises soin plus courtes en médecine post urgence et des prises en soin plus longues en post AVC. Ce qui fait qu'on tourne autour des deux services et ça permet de bouger aussi et de voir autre chose.

**ESI :** Ok et tu veux y rester du coup pour l'instant ?

**IDE 2 :** Moi j'aimerais bien rester parce que c'est, en fait on dit souvent qu'une fois qu'on est diplômé c'est bien de voir autre chose, mais moi c'est un service qui est tellement complet où on voit tellement

de pathologies différentes. Moi je m'y plais et puis j'aime bien m'investir dans un service à fond. On a une bonne équipe, un bon roulement donc c'est sympas !

**ESI :** Du coup on va parler un petit peu plus des précautions complémentaires. Est-ce que tu rencontres régulièrement des précautions complémentaires dans le service ?

**IDE 2 :** En ce moment on en a pas mal avec le covid, forcément. On a eu pas mal de grippe aussi. Grippe c'est vraiment celle-là qu'on voit le plus en ce moment. Sinon tuberculose c'est un peu plus rare mais globalement c'est ça. Ou parfois on a des Clostridium. Mais globalement c'est surtout COVID et air qu'on a.

**ESI :** A quelle fréquence ?

**IDE 2 :** Globalement on en a toujours au moins 1 dans le service. Des fois c'est plus, par exemple lors des vagues. Sur 30 patients des fois on en avait 5 ou 6 au maximum. Ça dépend. Des fois quand on a des patients qui sont déambulant, malheureusement ça se transmet un peu plus vite. Ça dépend mais moi je dirais qu'on en a toujours un.

**ESI :** Donc tu rencontres majoritairement la grippe, le COVID donc c'est plus souvent les précautions type air et gouttelettes ?

**IDE 2 :** Oui. On a moins de précautions contact, c'est plus air et gouttelettes. Et c'est vrai que je pense qu'on ne maîtrise pas forcément les précautions complémentaires. C'est souvent COVID et grippe sauf que pour le COVID avant on mettait tout l'attirail : charlotte, etc. Maintenant les précautions sont moins lourdes et on s'en méfie peut-être un peu moins.

**ESI :** Du coup tu dis que vous ne maîtrisez pas les précautions complémentaires, c'est que tu penses que ce qu'il y a à mettre en place pour les précautions n'est pas clair pour tout le monde ?

**IDE 2 :** Ouais c'est pas, je pense que c'est pas forcément clair après ça dépend des fois des établissements ou de ce qui est mis en place comme protocole, etc. C'est vrai que nous on a pas été briefé plus qu'autre chose. Après vu que c'est souvent la grippe et le covid donc on sait à peu près comment ça marche. Mais sur des trucs comme la tuberculose, on ne saurait pas directement quoi faire. Je sais que j'avais eu un cas de tuberculose en stage où on avait également le scotch en bas des scotchs.

**ESI :** Que représentent les précautions complémentaires pour toi ?

**IDE 2 :** C'est toutes les précautions qu'on va mettre en place lorsqu'un patient est atteint d'une maladie ou autre qui pourrait nous infecter ou qu'on pourrait probablement transmettre également à d'autres gens dans le service qui seraient vulnérables.

**ESI :** Dans ton service, comment se passe l'annonce de mise en place de précautions complémentaires ?

**IDE 2 :** Bah vu que c'est sur des choses comme le covid et la grippe qui sont je pense assez banales maintenant ou c'est des choses que ça fait moins peur que la tuberculose ou autre. On l'annonce très facilement dès qu'on a le résultat. De toute façon nous lorsqu'ils arrivent dans le service, ils arrivent des urgences donc les tests sont fait là-bas. Ils sont souvent déjà avertis quand ils montent et on le met directement dans les chambres seules ou dans des chambres doubles quand par exemple ces deux personnes qui arrivent qui sont covid positifs, on les met des fois dans la même chambre. Mais c'est rare. Mais souvent c'est annoncé et des fois la famille est surprise. Dans certains cas ça peut être compliqué, une fois on avait une patiente qui avait la grippe, on avait mis une affiche sur la porte de la chambre qui dit de prendre contact avec l'équipe avant d'entrer et quand la famille a vu ça ils ont pris peur, ils nous ont posé pleins de questions. On a répondu et ils étaient rassurés après mais ça les a inquiétés. L'annonce se fait généralement bien parce que pour un covid asymptomatique l'isolement est levé au bout d'une semaine donc c'est assez rapide et en général ça se passe bien mais ça peut arriver que les personnes aient du mal à comprendre pourquoi et assimiler les règles à respecter. Les patients sont quand même bousculés après cette annonce, souvent après l'annonce ils sonnent pour avoir des précisions sur ce qu'ils ont le droit ou pas de faire, etc.

**ESI :** Et du coup ce sont les infirmiers qui font l'annonce ?

**IDE 2 :** Oui en général c'est nous. Après, dans mon service ils arrivent très souvent déjà au courant. Mais moi ça ne me dérange pas de faire l'annonce.

**ESI :** Quelles informations tu donnes à ton patient lors de l'annonce ?

**IDE 2 :** Globalement, pour le grippe et le COVID j'explique déjà que le résultat est positif, bien souvent ils connaissent la pathologie donc ils n'ont pas trop de questions mais sinon je dis qu'ils vont devoir rester en chambre, porter le masque pour les précautions air et gouttelettes. Qu'il y a quand même des restrictions sur les visites, qu'ils ne peuvent pas être nombreux dans la chambre, qu'il faut éviter les contacts. On explique le temps d'isolement. Souvent les patients comprennent parce qu'avec le COVID ça a été énormément médiatisé. C'est plus compliqué pour les gens qui sont déments ou déambulants parce qu'il faut les garder dans leur chambre et c'est pas évident donc il faut être encore plus vigilants.

C'est important de prévenir la famille aussi, qu'ils se fassent tester.

**ESI :** Comment tu adaptes tes soins face à un patient avec des précautions complémentaires ?

**IDE 2 :** En général on essaye de le faire en fin de tour pour éviter de contaminer les autres. Ca c'est dans l'idéal mais des fois c'est urgent, il faut y aller donc on est vigilant bien sûr. En soit, on fait

attention et puis les précautions sont là pour ça mais on essaye quand même de limiter les risques en entrant en fin de tour dans ces chambres là. Et si on en a plusieurs, on essaye de regrouper.

**ESI :** Est ce que tu penses que la mise en place de précautions complémentaires va influencer la relation soignant-soigné ?

**IDE 2 :** Je sais pas trop si ça a un impact... En fait, la relation de soin dépend du patient, de la pathologie, etc. Je pense que pour un patient atteint du COVID mais asymptomatique la relation est pas trop impactée. Moi je ne fais pas de distinction entre les patients, ça va être la même prise en soin. Bien sûr on fait attention à ce qu'on fait, à notre comportement dans la chambre pour éviter de propager les virus ou autre. C'est vrai que de ce point de vue les patients peuvent ressentir une certaine barrière et ça peut les rendre mal à l'aise. Ça leur rappelle qu'ils sont malades, qu'ils peuvent contaminer les autres et du coup être comme un pestiféré un peu. Tu te sens coupable, rejeté et sale un peu avec le risque de contamination.

**ESI :** Est ce que tu penses que le port d'EPI peut impacter la relation et les interactions entre le patient et l'IDE ?

**IDE 2 :** Si forcément, ça peut mettre un peu de pression. Le patient peut s'inquiéter un peu plus, ça peut le stresser de nous voir avec charlotte, blouse, lunettes, gants, masque, etc. En nous voyant comme ça, le patient se rend compte qu'il est malade. Quand on arrive habillé en cosmonaute ça peut être inquiétant. Puis on a vu avec le COVID que le masque a altéré la prise en soin et la compréhension. Par exemple avec les personnes âgées, ils entendent pas très bien ou sont atteints de surdité. Pareil le masque, la charlotte  a cache la bouche, les sourcils, la charlotte, le visage et du coup  a masque les expressions du visage. Le fait d'avoir la surblouse, les EPI  a met de la distance. Cette distance on la réduit avec l'humour, avec une relation avec de l'humour. Je sais que moi j'aime bien instaurer une relation un peu dans l'humour pour changer de ce côté hospitalier et que l'ambiance soit un peu mieux et que les soins soient plus facilement acceptés et surtout moins traumatisants. Je pense que c'est un travail qu'on doit faire et qu'on a appris à faire depuis le COVID et ça permet de briser le côté austère et flippant de cette tenue. Nous on met de moins en moins l'attirail complet pour les COVID, les précautions sont simplifiées.

**ESI :** Tu dirais donc que face à la barrière instaurée par les précautions complémentaires tu mets en place davantage de soins relationnels ?

**IDE 2 :** Oui clairement, en utilisant les soins relationnels tu essayes de rendre le soin plus humain parce que l'humain est caché derrière les protections. Il faut montrer qu'on est là, présent pour le patient, qu'on reste humain et que la relation peut se faire. C'est bien pour ça que notre métier ne peut pas se faire par un robot parce que derrière les soins, on est humain et ce qu'on apporte est au-delà des EPI qu'on porte. Je pense que le fait que le COVID a énormément été médiatisé du coup la charlotte,

les lunettes, la surblouse etc ont été à la vue de tous et ça permet de rendre ces précautions complémentaires plus familières. Aussi, j'ai appris qu'à Pontchaillou ils avaient retiré les masques et je trouve que c'est bien parce qu'on a besoin de parler sans masque. C'est quand même plus agréable de communiquer, de voir des sourires, des expressions faciales. Déjà la blouse blanche c'est froid, si en plus faut ajouter des EPI par dessus ça rajoute une barrière qui peut mettre le patient mal à l'aise.

**ESI :** Est ce que tu penses qu'une hospitalisation peut avoir un impact sur un patient ?

**IDE 2 :** Oui forcément, tout ce qu'on rencontre dans notre vie a un impact sur nous donc une hospitalisation en a aussi. Et une hospitalisation c'est pas quelque chose d'anodin. Ça dépend de la raison de l'hospitalisation mais je suis sûr que n'importe qui se souviendra d'un passage à l'hôpital. C'est un moment où on a eu besoin d'aide donc forcément on s'en souvient. Après ça dépend toujours de la personne et de sa pathologie. Parce que si c'est quelqu'un qui vient pour une fracture il sera vite reparti alors que si c'est quelqu'un qui fait une décompensation cardiaque il va rester hospitalisé puis se rajoute la notion de mort, qui fait peur.

**ESI :** Est ce que tu penses qu'une hospitalisation a un impact sur la vie sociale des patients ?

**IDE 2 :** Oui je pense que pour quelqu'un qui est intégré socialement, avec une profession, une famille ça va engendrer une distance. Les patients sont bien souvent en arrêt maladie ce qui peut être source de stress pour eux parce que c'est jamais super bien vu par un patron puis les patients culpabilisent de ne pas travailler. Certains sont leur propre patron et ça peut avoir un impact financier aussi qu'ils appréhendent. En plus ils ne peuvent pas faire leurs activités habituelles si par exemple les patients font du sport bien souvent le fait d'être malade va les empêcher de continuer le temps de l'hospitalisation au minimum. Puis ils ne sont pas chez eux, s'ils vivent avec leur famille alors là ils se retrouvent seuls en dehors des horaires de visite. Puis les visites d'amis, de voisins, etc qu'ils ont peut être d'habitude chez eux ne sont pas forcément possible lors d'une hospitalisation. En fait, leur seul lien social c'est l'équipe soignante, leurs visites uniquement l'après midi et sinon les téléphones etc. Mais bien sûr que le fait d'être à l'hôpital les coupe de leurs liens sociaux habituels.

**ESI :** Et est ce que tu penses que les précautions complémentaires peuvent engendrer un isolement social aussi ?

**IDE 2 :** Oui, bah déjà rien qu'une hospitalisation ça joue sur les liens sociaux des patients donc les précautions complémentaires aussi. Je pense déjà aux personnes qui fument, qui nourrissent leur vie sociale par le fait de fumer en groupe, en profiter pour entrer en contact avec d'autres personnes. Du coup l'isolement ça va leur supprimer ce plaisir, ce lien social, ce contact avec les autres. Puis c'est pas facile parce qu'en tant qu'être humain on a besoin de cet aspect social pour vivre, pour se sentir vivant, exister. Puis avec les précautions complémentaires les patients vont être placés en chambre seule le plus souvent et du coup ça empêche cette rentrée en contact que peut provoquer la chambre

double. Ces patients ne vont voir que l'équipe soignante et pas de voisin de chambre ni d'autres personnes hospitalisées. Puis ok il y a les téléphones etc mais ça ne remplace pas le fait de croiser d'autres personnes, voir sa famille, ses amis, rentrer en contacte avec eux. Parce que même si les visites en cas de précautions complémentaires peuvent être tolérées, les personnes ne vont pas se toucher etc. Donc le patient ressent cette barrière. Il peut se sentir comme un pestiféré, qu'il ne faut pas toucher, approcher. Comme à l'époque où il y avait la lèpre etc, on n'approche pas le patient, on l'isole. Là c'est pareil, même si on essaye de remédier à ça en créant une relation plus forte, en essayant de compenser cette sensation d'isolement.

**ESI :** Pour finir, est ce que tu a pu remarquer ce qu'engendre un isolement social sur un patient ?

**IDE 2 :** Je pense qu'un isolement social peut impacter le patient sur plusieurs aspects. Le patient ne sera pas forcément bien psychologiquement, il va se renfermer, se replier sur lui-même. Puis ça, forcément ça aide pas le patient à guérir, il adhère pas forcément pleinement aux soins comme il n'est pas bien physiquement de part la maladie et psychologiquement de part l'isolement social.

**ESI :** Tu penses qu'un patient qui ressent un isolement social va avoir un processus de guérison plus long ?

**IDE 2 :** C'est dur à dire parce que j'y ai pas fait forcément attention mais je pense que ça peut jouer un peu..

Remerciements.

### Annexe V : Tableau d'analyse des entretiens

Thème	Sous thème	IDE 1	IDE 2
Les précautions complémentaires	La définition des professionnels	<p>“ce sont des patients qui sont obligés de rester en chambre”</p> <p>“Pour le COVID on est habillés complètement : masque, lunette, charlotte, surblouse, gants et surchaussures.”</p>	<p>“C'est toutes les précautions qu'on va mettre en place lorsqu'un patient est atteint d'une maladie ou autre qui pourrait nous infecter ou qu'on pourrait probablement transmettre également à d'autres gens dans le service qui seraient vulnérables.”</p>
	L'annonce de mise en place de précautions complémentaires	<p>“tu lis le résultat et tu n'attends pas que le médecin passe parce qu'il faut mettre en place les précautions directement et</p>	<p>“On l'annonce très facilement dès qu'on a le résultat.”</p>



		<p>que tu peux pas te permettre de laisser le virus se développer.”</p> <p>“il y a les patients qui sont surpris et il y a ceux qui le vivent pas si mal parce qu’ils n’ont pas forcément conscience de ce que ça veut dire d’avoir le COVID parce qu’ils ne l’ont jamais eu et qu’ils n’ont pas été touchés personnellement. Ces patients ne se rendent pas compte de ce qu’il faut faire, qu’il ne faut pas sortir de la chambre, ...”</p>	<p>“L’annonce se fait généralement bien parce que pour un covid asymptomatique l’isolement est levé au bout d’une semaine donc c’est assez rapide et en général ça se passe bien.”</p> <p>“ça peut arriver que les personnes aient du mal à comprendre pourquoi et assimiler les règles à respecter.”</p> <p>“ Les patients sont quand même bousculés après cette annonce”</p> <p>“C’est important de prévenir la famille aussi, qu’ils se fassent tester.”</p>
	<p>Les informations données au patient</p>	<p>“ il faut expliquer aux patients”</p> <p>“on leur dit que le test est revenu positif et que cela entraîne un isolement de plusieurs jours. Et qu’il va falloir prendre des précautions et qu’on va changer notre manière de faire.”</p> <p>“le patient reste dans sa chambre, sauf s’il est en chambre double alors il va en chambre simple ou alors on transforme la chambre double en chambre simple.”</p> <p>“On explique qu’on ne va pas pouvoir aller et venir dans la chambre comme avant et qu’on va arriver tels des extraterrestres avec une panoplie d’équipement.”</p>	<p>“j’explique déjà que le résultat est positif, bien souvent ils connaissent la pathologie donc ils n’ont pas trop de questions”</p> <p>“je dis qu’ils vont devoir rester en chambre, porter le masque pour les précautions air et gouttelettes.”</p> <p>“Qu’il y a quand même des restrictions sur les visites, qu’ils ne peuvent pas être nombreux dans la chambre, qu’il faut éviter les contacts.”</p> <p>“ On explique le temps d’isolement.”</p>

	<p>“ il va devoir rester en chambre et que les visites vont être délicates.”</p> <p>“ils se rendent compte que c’est 7 jours où ils vont être isolés.”</p> <p>“on peut organiser des visios.”</p> <p>“On précise qu’on est présent, il faut les rassurer sur le fait que c’est pas parce qu’ils sont en isolement qu’ils ne peuvent pas sonner et qu’on ne peut pas aller dans la chambre.”</p>	<p>“Souvent les patients comprennent parce qu’avec le COVID ca a été énormément médiatisé.”</p> <p>“C’est important de prévenir la famille aussi, qu’ils se fassent tester. “</p>
L’habillage des soignants	<p>“Pour le COVID par exemple, ca fait une énorme barrière je trouve parce qu’on rentre dans la chambre avec le masque, la surblouse,”</p> <p>“lorsqu’ils nous voient c’est vêtu de A à Z, bien camouflé”</p> <p>“on va arriver tels des extraterrestres avec une panoplie d’équipement.”</p>	<p>“ça peut le stresser de nous voir avec charlotte, blouse, lunettes, gants, masque, etc.”</p> <p>“Quand on arrive habillé en cosmonaute ça peut être inquiétant.”</p> <p>“Je pense que le fait que le COVID a énormément été médiatisé du coup la charlotte, les lunettes, la surblouse etc ont été à la vue de tous et ça permet de rendre ces précautions complémentaires plus familières.”</p>
L’impact dans les soins	<p>“Tout l’équipement nécessaire est mis à l’extérieur avec tout ce dont on a besoin : SHA, lunettes, charlottes, surblouses, surchaussures, gants de tailles différentes, masques.”</p> <p>“On ira voir ce patient en dernier parce qu’il y a moins de risque de contaminer</p>	<p>“En général on essaye de le faire en fin de tour pour éviter de contaminer les autres.”</p> <p>“on essaye quand même de limiter les risques en entrant en fin de tour dans ces chambres là. Et si on en a plusieurs, on essaye de regrouper.”</p>

		<p>les autres patients que si on va le voir au milieu de notre tour.”</p> <p>“Pour les patients c’est souvent d’ailleurs compliqué en fait ils nous ne voient pas beaucoup parce qu’on n’est pas souvent là parce qu’il faut s’habiller à chaque fois donc on y va que pour notre tour et quand il sonne.”</p> <p>“Et puis on regroupe nos prises en soin donc c’est pareil, ils nous voient très peu dans la journée”</p>	<p>“Bien sûr on fait attention à ce qu’on fait, à notre comportement dans la chambre pour éviter de propager les virus ou autre.”</p>
L’impact d’une hospitalisation	L’hospitalisation n’est pas un choix	<p>“une hospitalisation impacte forcément le patient. Je pense pas qu’on choisisse, à part lorsque c’est programmé, et encore, on a pas comme but d’être hospitalisé”</p> <p>“Donc l’hospitalisation déjà c’est quelque chose d’anxiogène, c’est pas commun, c’est pas un souhait.”</p> <p>“la majorité des patients n’ont pas choisi d’être là.”</p> <p>“ Une hospitalisation c’est pas rien, j’ai vu beaucoup de patients pleurer.”</p> <p>“Et de nombreux patients arrivent mal parce qu’ils ont peur de ce qu’il va leur arriver, combien de temps ils vont rester ici,... Ça chamboule tout.”</p>	<p>“Tout ce qu’on rencontre dans notre vie à un impact sur nous donc une hospitalisation en a aussi.”</p> <p>“Une hospitalisation c’est pas quelque chose d’anodin.”</p> <p>“Ça dépend de la raison de l’hospitalisation mais je suis sûr que n’importe qui se souviendra d’un passage à l’hôpital. C’est un moment où on a eu besoin d’aide donc forcément on s’en souvient.”</p> <p>“se rajoute la notion de mort, qui fait peur.”</p>
	L’isolement social	<p>“Oui, je pense que [l’hospitalisation] créer un isolement social.”</p>	<p>“je pense que pour quelqu’un qui est intégré socialement, avec une</p>

		<p>“[l’hospitalisation] implique un éloignement de nos proches. Les visites c’est pas quand tu veux, comme tu veux, à combien tu veux, il y a une restriction.”</p> <p>“Ça fait aussi une coupure avec la vie sociale, on est coupé de tout. On est dans une chambre, (...) peu de personnes osent se déplacer au sein de l’hôpital parce qu’ils pensent qu’à l’hôpital on reste dans sa chambre.”</p> <p>“Ça les coupe complètement de leur vie sociale, leur vie familiale.”</p> <p>“ils savent qu’ils vont pouvoir avoir de la visite seulement de 13h30 à 17h30, sauf que leurs proches peuvent travailler.”</p> <p>“même si les patients ont cette visite l’après-midi, ils sont seuls le matin, la nuit, et ils n’ont pas l’habitude.”</p> <p>“ils angoissent souvent par rapport au travail et se demandent comment ils vont faire, qu’est ce qu’ils vont dire à leur patron, parfois ils sont leur propre patron.”</p>	<p>profession, une famille ça va engendrer une distance.”</p> <p>“ils ne peuvent pas faire leurs activités habituelles si par exemple les patients font du sport bien souvent le fait d’être malade va les empêcher de continuer le temps de l’hospitalisation au minimum.”</p> <p>“ ils se retrouvent seuls en dehors des horaires de visite. Puis les visites d’amis, de voisins, etc qu’ils ont peut être d’habitude chez eux ne sont pas forcément possible lors d’une hospitalisation.”</p> <p>“leur seul lien social c’est l’équipe soignante, leurs visites uniquement l’après midi et sinon les téléphones etc.”</p> <p>“le fait d’être à l’hôpital les coupe de leurs liens sociaux habituels.”</p> <p>“Les patients sont bien souvent en arrêt maladie ce qui peut être source de stress pour eux parce que c’est jamais super bien vu par un patron puis les patients culpabilisent de ne pas travailler. Certains sont leur propre patron et ça peut avoir un impact financier aussi qu’ils appréhendent.”</p>
--	--	--	--

<p>L'impact des précautions complémentaires</p>	<p>Un mal être pour le patient</p>	<p>“le patient ressent cette barrière. Il peut se sentir comme un pestiféré, qu'il ne faut pas toucher, approcher. Comme à l'époque où il y avait la lèpre etc, on n'approche pas le patient, on l'isole.”</p>	<p>“les patients peuvent ressentir une certaine barrière et ça peut les rendre mal à l'aise.”</p> <p>“Ça leur rappelle qu'ils sont malades, qu'ils peuvent contaminer les autres”</p> <p>“être comme un pestiféré un peu. Tu te sens coupable, rejeté et sale un peu avec le risque de contamination.”</p> <p>“<b>ESI</b> : Est ce que tu penses que le port d'EPI peut impacter la relation et les interactions entre le patient et l'IDE ?</p> <p><b>IDE 2</b> : Si forcément, ça peut mettre un peu de pression. Le patient peut s'inquiéter un peu plus, ça peut le stresser de nous voir avec charlotte, blouse, lunettes, gants, masque, etc. En nous voyant comme ça, le patient se rend compte qu'il est malade. ”</p>
	<p>L'isolement social</p>	<p>“<b>ESI</b> : Est ce que tu penses que la mise en place de précautions complémentaires peut favoriser aussi l'isolement social ?</p> <p><b>IDE 1</b> : C'est pire.”</p> <p>“quand tu entends les soignants, ils disent souvent que [les visites c']est compliqué parce que vous risquez d'attraper le COVID”</p> <p>“L'isolement social est donc encore plus impressionnant”</p>	<p>“déjà rien qu'une hospitalisation ça joue sur les liens sociaux des patients donc les précautions complémentaires aussi.”</p> <p>“Je pense déjà aux personnes qui fument (...) du coup l'isolement ça va leur supprimer ce plaisir, ce lien social, ce contact avec les autres.”</p> <p>“Puis avec les précautions complémentaires (...) ça empêche</p>

		<p>“ils vont avoir des appels mais c’est pas pareil, c’est pas le même lien, la même relation.”</p> <p>“l’isolement social est davantage présent pour des patients ayant des précautions complémentaires.”</p>	<p>cette rentrée en contact que peut provoquer la chambre double.”</p> <p>“les visites en cas de précautions complémentaires peuvent être tolérées, [mais] les personnes ne vont pas se toucher etc.”</p> <p>“il y a les téléphones etc mais ça ne remplace pas le fait de croiser d’autres personnes, voir sa famille, ses amis, rentrer en contacte avec eux</p> <p>“Ces patients ne vont voir que l’équipe soignante et pas de voisin de chambre ni d’autres personnes hospitalisées.”</p> <p>“c’est pas facile parce qu’en tant qu’être humain on a besoin de cet aspect social pour vivre, pour se sentir vivant, exister.”</p>
L’isolement social	Comme obstacle à la guérison	<p>“Et quand tu es isolé, par exemple pour COVID et qu’il y a des antécédents de syndrome dépressif, comment tu veux qu’il aille bien s’il n’a pas de contact avec l’extérieur, comment tu veux qu’il ne risque pas de retomber dans ce syndrome”</p> <p>“je pense que si je ne vais pas bien, si je suis malade, j’ai l’impression que les symptômes sont pires parce que j’ai personne autour de moi, ma famille n’est pas là pour me rassurer.”</p>	<p>“Le patient ne sera pas forcément bien psychologiquement, il va se renfermer, se replier sur lui-même. Puis ça, forcément ça aide pas le patient à guérir”</p> <p>“il adhère pas forcément pleinement aux soins comme il n’est pas bien physiquement de part la maladie et psychologiquement de part l’isolement social.”</p>

		<p>“Un patient qui n’est pas bien, si en plus il a un isolement social, il va se renfermer sur ses symptômes, sur ce qu’il a et pas sur son combat et l’objectif d’aller mieux pour retrouver sa famille.”</p> <p>“c’est hyper important, pour que ton patient aille bien, pour qu’il guérisse, il faut qu’il aille socialement bien.”</p>	<p>“<b>ESI</b> : Tu penses qu’un patient qui ressent un isolement social va avoir un processus de guérison plus long ?</p> <p><b>IDE 2</b> : C’est dur à dire parce que j’y ai pas fait forcément attention mais je pense que ça peut jouer un peu...”</p>
La relation soignant-soigné	La relation impactée par les précautions complémentaires	<p>“<b>ESI</b> : Est ce que la mise en place de précautions complémentaires, impacte la relation que tu as avec ton patient ?</p> <p><b>IDE 1</b> : Oui complètement. Rien que le fait de rentrer dans la chambre avec un tas d’équipement, en plus tu ne rentres pas aussi souvent qu’une chambre où il n’y a pas de précautions.”</p> <p>“ca l’influe forcément (...) quand les seules personnes que tu vois elles sont habillées de la tête aux pieds.”</p> <p>“ça te rappelle que tu es en isolement, (...) que tu as le COVID et qu’il faut attendre encore et encore.”</p> <p>“On garde toujours une distance (...) on ne se colle pas au lit, on va prendre la tension du patient puis se reculer pour discuter et donc ça influe forcément la relation soignant-soigné parce que tu</p>	<p>“Déjà la blouse blanche c’est froid, si en plus faut ajouter des EPI par dessus ça rajoute une barrière qui peut mettre le patient mal à l’aise.”</p> <p>“on a vu avec le COVID que le masque a altéré la prise en soin et la compréhension.”</p> <p>“Par exemple avec les personnes âgées, ils entendent pas très bien ou sont atteints de surdité”</p> <p>“Le masque, la charlotte ça cache la bouche, les sourcils, la charlotte, le visage et du coup ça masque les expressions du visage. Le fait d’avoir la surblouse, les EPI ça met de la distance.”</p> <p>“les patients peuvent ressentir une certaine barrière”</p>

		<p>n'es pas aussi naturelle qu'avec les autres patients.”</p>	
	<p>L'IDE s'adapte face aux précautions complémentaires et à l'isolement social</p>	<p>“Du relationnel à fond !”</p> <p>“On précise qu'on est présent, il faut les rassurer”</p> <p>“Du coup notre rôle c'est d'être là, de leur expliquer qu'ils ne sont pas seuls, que pleins d'autres personnes sont dans leur cas, que c'est compliqué mais qu'ils n'ont pas le choix d'être là et que ça sera bientôt fini.”</p> <p>“Faut pas hésiter à rentrer plusieurs fois dans la chambre” ; “S'il faut entrer uniquement pour discuter avec lui, je le fais.”</p> <p>“Proposer un appel, des visios avec la famille pour qu'il conserve quand même un lien avec leur entourage.”</p> <p>“lorsque j'ai un appel pour me demander des nouvelles du patient, je propose de passer le téléphone au patient.”</p> <p>“c'est hyper important, pour que ton patient aille bien, pour qu'il guérisse, il faut qu'il aille socialement bien.”</p>	<p>“Il faut montrer qu'on est là, présent pour le patient”</p> <p>“on essaye de remédier à [l'isolement social] en créant une relation plus forte, en essayant de compenser cette sensation d'isolement.”</p> <p>“Cette distance on la réduit avec l'humour, avec une relation avec de l'humour (...) pour changer de ce côté hospitalier et que l'ambiance soit un peu mieux et que les soins soient plus facilement acceptés et surtout moins traumatisants.” ; “Ça permet de briser le côté austère et flippant de cette tenue.”</p> <p>“<b>ESI</b> : Tu dirais donc que face à la barrière instaurée par les précautions complémentaires tu mets en place davantage de soins relationnels ?</p> <p><b>IDE 2</b> : Oui clairement, en utilisant les soins relationnels tu essayes de rendre le soin plus humain parce que l'humain est caché derrière les protections.” ; “C'est bien pour ça que notre métier ne peut pas se faire par un robot parce que derrière les soins, on est humain”</p>



## ABSTRACT

NOM : Quéllec

PRENOM : Sarah

TITRE : L'infirmier.e face à un patient nécessitant des précautions complémentaires engendrant un isolement social.

Résumé :

Ce travail de recherche aborde la question du rôle infirmier dans la prise en charge d'un patient nécessitant des précautions complémentaires, engendrant un isolement social.

La première partie de ce travail est une définition non exhaustive des différents concepts afin de clarifier le sujet et d'observer ce qu'en disent les auteurs. Ensuite, ces connaissances ont été confrontées aux points de vue de deux infirmiers. La première exerçant dans un service d'ORL, ophtalmologie et ortho-traumatologie et le second dans un service de médecine post-urgence et post-AVC au sein d'un CH de l'Ille et Vilaine.

Grâce aux différentes lectures et aux analyses des entretiens, un lien a été mis en avant entre précautions complémentaires et isolement social. En effet, ces mesures peuvent induire un isolement social de part le port d'EPI ainsi que la restriction de visite et de déplacement. Ainsi, le rôle infirmier prend tout son sens et se doit de créer une relation soignant-soigné solide, pour une prise en soin globale. En effet, elle prend en compte l'aspect technique des soins mais également l'aspect psychique permettant ainsi une prise en soins optimale puisqu'elle favorise le bien être du patient. Enfin, l'analyse des différents résultats obtenus lors de cette recherche a finalement permis d'établir une question de recherche : L'isolement social peut-il être une stratégie médicale et donc être bénéfique pour le patient ?

Abstract :

This research work addresses the question of the nursing role in the management of a patient requiring additional precautions, resulting in social isolation.

The first part of this work is a non-exhaustive definition of the different concepts in order to clarify the subject and to observe what the authors say about it. Then, this knowledge was confronted with the points of view of two nurses. The first one practicing in an ENT, ophthalmology and ortho-traumatology department and the second one in a post-emergency and post-stroke medicine department within a hospital in Ille et Vilaine.

Thanks to the different readings and the analysis of the interviews, a link was put forward between complementary precautions and social isolation. Indeed, these measures can

lead to social isolation because of the wearing of PPE and the restriction of visits and movements. Thus, the nursing role takes on its full meaning and must create a solid caregiver-patient relationship, for a global care. Indeed, it takes into account the technical aspect of the care but also the psychological aspect allowing an optimal care since it favors the well being of the patient. Finally, the analysis of the different results obtained during this research has finally allowed us to establish a research question: Can social isolation be a medical strategy and therefore be beneficial for the patient ?

Mots clés : Infirmier/infirmière, patient, précautions complémentaires, isolement social, relation soignant-soigné.

Key words : Nurse, patient, additional precautions, social isolation, caregiver-patient relationship.

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

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

2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ÉTUDES - Promotion 2020-2023