

Institut Régional de Formation Sanitaire et Social Croix Rouge Française de Bois Guillaume  
Chemin de la Bretèque  
76230 Bois-Guillaume

Promotion 2006-2009

**Des mots pour faire peur aux maux.**

FALIZE Audrey

Institut Régional de Formation Sanitaire et Social Croix Rouge Française de Bois Guillaume  
Chemin de la Bretèque  
76230 Bois-Guillaume

Promotion 2006-2009

Des mots pour faire peur aux maux.

FALIZE Audrey

Note aux lecteurs : « *il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'Institut Régional de Formation Sanitaire et Sociale (IRFSS) de la Croix Rouge Française de Bois-Guillaume et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou en partie sans l'accord de son auteur ou de l'IRFSS* ».

## SOMMAIRE.

INTRODUCTION	1
METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	3
I) <i>Le choix du sujet</i>	
II) <i>Élaboration des outils de recherche.</i>	
A- Création d'un questionnaire infirmier et patient.	
B - Création d'un guide d'entretien patient et infirmier.	4
C - Utilisation du questionnaire infirmier.	5
III) <i>Sources documentaires.</i>	
IV) <i>Question de recherche.</i>	6
CHAPITRE 1 : ETRE INFIRMIERE.	
1) <i>Qu'est-ce qu'une infirmière ?</i>	7
2) <i>Législation de la profession.</i>	8
CHAPITRE 2 : ANXIETE ET ANGOISSE DEVANT L'EVENEMENT MALADIE.	10
1. <i>Association du stress et de la maladie.</i>	
A) Qu'est-ce que le stress ?	
B) L'événement maladie.	
2. <i>La survenue de l'anxiété et de l'angoisse.</i>	11
CHAPITRE 3 : LA COMPLEXITE DE L'ACCUEIL D'UN PATIENT EN CHIRURGIE.	12
I) <i>Définition du mot accueil.</i>	
II) <i>Les mécanismes de défense du patient.</i>	

III)	<i>Le premier acte de soin : L'accueil.</i>	13
•	La communication verbale.	15
•	La communication non verbale.	
CHAPITRE 4 : LA CONSULTATION INFIRMIERE PRE OPERATOIRE.		16
•	<i>Définition de la consultation infirmière</i>	
•	<i>Principe et objectif</i>	
•	<i>Consultation pré-opératoire expérimentée.</i>	17
•	<i>Enjeux et perspective.</i>	18
CONCLUSION		19

## **BIBLIOGRAPHIE**

Annexe I : Question de recherche  
Annexe II : Guide entretien patient  
Annexe III : Guide entretien infirmier  
Annexe IV : Questionnaire infirmier  
Annexe V : Questionnaire patient  
Annexe VI : Parcours d'un patient en chirurgie

## INTRODUCTION

Depuis quelques années, la prise en charge de la souffrance physique c'est-à-dire la douleur, s'est considérablement améliorée au sein des services. Cette douleur est anticipée ou traitée par des antalgiques. Elle peut être quantifiée par des échelles de valeur ou qualifiée par des mots précis (irradiante, picotement, en coup de poignard). Mais, qu'en est-il de la souffrance morale ?

La perturbation des besoins fondamentaux des patients résulte généralement d'une montée d'angoisse à l'annonce d'une intervention chirurgicale, d'un changement environnemental lié au stress d'une hospitalisation. Celle-ci entraîne une possible dépendance vis-à-vis des soignants. Virginia Henderson a, ainsi, identifié quatorze besoins fondamentaux susceptibles d'être perturbés. La réponse infirmière à cette perturbation des principaux besoins est le diagnostic infirmier visant à pallier à ce ou ces déficits. En outre, Abraham Maslow, psychologue, a établi une pyramide des besoins de l'homme pour son développement personnel. Pour lui, un besoin nouveau supérieur n'émerge que lorsque le (ou les) besoin(s) inférieur(s) a (ont) été relativement satisfait(s). Ainsi, la base de la pyramide est représentée par le besoin de survie, puis vient le besoin de sécurité, ensuite le besoin de reconnaissance, le besoin d'estime de soi et enfin au sommet le besoin d'auto réalisation. La souffrance morale met à mal le besoin de sécurité. En effet, l'individu qui souffre psychologiquement, est moins enclin à répondre à ses besoins primaires. Ainsi, l'anxiété et l'angoisse sont des diagnostics infirmiers récurrents lors d'une hospitalisation. Ils sont énoncés sous forme de problème réel ou de risque. La récurrence des diagnostics d'angoisse constitue le sujet de cette étude.

Etudiante infirmière de troisième année, j'ai réalisé plusieurs stages dans les milieux hospitaliers et extra hospitaliers. Ces différents stages m'ont permis d'acquérir des gestes et procédures techniques, d'approfondir mes connaissances théoriques, mais également d'appréhender des situations ou des patients dans leur globalité, sans se focaliser uniquement sur l'aspect technique. En confrontant l'aspect technique et humain, et en comparant les différentes situations des patients, je me suis interrogée sur leurs réactions et sur les pratiques infirmières avec l'objectif d'améliorer ma prise en charge.

Dans notre société, l'individu délègue presque en totalité la garantie de son besoin de sécurité aux institutions et à la réglementation. Il est aisé de constater combien les systèmes d'information véhiculent des données ou des nouvelles qui stressent l'individu sans qu'il puisse les contrôler. Lors de l'hospitalisation d'un patient, en vue d'une intervention, il perd ses repères sociaux, famille, apparence, fonction professionnelle, perte qui génère une angoisse additionnelle au

diagnostic. Mais ses besoins fondamentaux de survie et de sécurité perdurent. Répétant son schéma social il est amené à les déléguer au personnel soignant.

Dès le diagnostic posé et l'intervention prévue, le patient est le plus souvent livré à lui-même et doit gérer ces informations avec l'attente. Isolé avec son diagnostic, et ses incertitudes, son trouble peut être accentué par la masse d'informations non discriminées mise à disposition dans les médias, vulgarisation médicale, émissions de télévision, internet, et « on-dit ». Quand il intègre le milieu hospitalier, le patient exprime de manière détournée l'absence de prise en charge de son besoin de sécurité. Il perçoit davantage l'infirmière comme une « technicienne de soins » que comme une interlocutrice à l'écoute de ses besoins.

Une des qualités essentielles d'une infirmière est l'empathie. L'écoute, la démarche relationnelle sont souvent mises à mal par le manque de temps dans les services, les contraintes d'organisation alors qu'elles sont essentielles dans le processus de guérison d'un patient. Trois années de formations m'ont aidée à comprendre que l'on ne peut dissocier le corps de l'esprit. Le temps consacré à l'écoute et prendre connaissance des patients au delà de leur diagnostic médical pur, dès le début de la prise en charge, les rend plus disponibles pour leur guérison. Soulagés de besoins primordiaux, ils peuvent devenir acteurs de leurs hospitalisations.

En qualité de future professionnelle et malgré mon souhait d'intégrer un bloc opératoire plutôt qu'un service de soin, il m'a semblé indispensable de comprendre le cheminement intellectuel du patient devant subir une intervention chirurgicale, en vue de mieux le prendre en charge, à son arrivée au bloc opératoire. De ce fait, je me suis intéressée aux incidences de la consultation infirmière pré opératoire dans le processus d'accueil du patient en chirurgie. Ce qui m'a conduit à poser cette question de recherche : Lors de l'accueil d'un patient en chirurgie, dans quelle mesure la consultation infirmière pré opératoire influence-t-elle la prise en charge infirmière de l'anxiété et de l'angoisse ?

Au cours de mes recherches, observations, et de ma réflexion sur ce thème, des axes majeurs de réflexion se sont dégagés. Après l'exposé de la méthodologie mise en place pour l'étude, ils seront développés dans les quatre chapitres suivants.

## MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

### **I) *Le choix du sujet***

Le choix du sujet de mon travail écrit de fin d'étude découle d'une part d'un ensemble de situations vécues en stage et d'une réflexion progressive au cours de ces trois années de formation. En début de formation, l'aspect technique des soins me paraissait particulièrement attrayant, en particulier, l'acquisition des méthodes d'asepsie et d'hygiène. Dans cet esprit, une formatrice de l'institut, spécialisée dans les sciences humaines, m'a prêté des livres sociologiques sur l'hôpital et son mode de fonctionnement, me permettant d'aborder la profession d'un point de vue extérieur. Mes lectures m'ont amenée à modifier mon approche des soins déterminée par mon expérience personnelle, le patient prenant place au cœur du processus de soin. Il a donc pris naturellement place au centre de mon processus de recherche. Ainsi il m'a été possible de comprendre et d'appréhender les conséquences de mes actions et améliorer ma pratique.

Mes motivations personnelles, mon vécu avec le milieu hospitalier, les concepts de la profession et les situations de stages que j'ai vécues ont pris place en préalable à ma recherche. J'ai établi les points communs aux lieux de stages. Par comparaison, et en fonction du personnel soignant, j'ai analysé la prise en charge des situations communes dans tous les services.

La progression des stages et la multiplicité des situations modifient notre perception de la profession. Mon goût initial pour la technique s'est accompagné d'une prise en compte de la personnalité des patients. Il m'est devenu évident que je ne pouvais prendre en charge un patient correctement sans prendre le temps de le connaître, de l'appréhender dans son vécu et de d'évaluer son ressenti de l'hospitalisation. J'ai pu établir quelques constats sur ma pratique infirmière : Je me suis d'abord interrogée sur les relations et les conséquences de l'accueil d'un patient sur le bon déroulement de son séjour. Dans un second temps, j'ai cherché dans quelle mesure l'expérience, l'ancienneté ou les valeurs personnelles peuvent entrer en considération dans l'accueil du patient.

### **II) *Elaboration des outils de recherche :***

#### **Création d'un questionnaire « infirmier »<sup>1</sup> et « patient »<sup>2</sup>**

Pour confirmer mes premières hypothèses de travail, j'avais initialement créé deux questionnaires « Infirmier » et « Patient ». Il s'agissait de comprendre en quoi les spécificités infirmières pouvaient influencer l'accueil du patient dans un service de chirurgie. J'ai modifié mon approche après des entretiens de guidance individuelle avec mon formateur référent. Ils ont fait ressortir une trop grande précision du premier remettant en cause la pratique des soignants et l'aspect « enquête qualité » du second sans apporter d'éclairage précis sur le thème de recherche.

#### **Création d'un guide d'entretien « patient »<sup>3</sup> et « infirmier »<sup>4</sup>.**

Je me suis orientée vers l'élaboration d'un guide d'entretien pour les infirmiers et un autre pour les patients. Il s'agissait cette fois de comparer les expériences de chacun avec les ressources documentaires.

---

<sup>1</sup> Annexe 4

<sup>2</sup> Annexe 5

<sup>3</sup> Annexe 2

<sup>4</sup> Annexe 3



Les premiers entretiens réalisés ont été effectués le même jour avec trois patients ayant subi des interventions chirurgicales différentes, récentes ou non, dans des services différents. Pour des raisons pratiques, les patients apparaîtront sous forme de lettre (A,B,C) afin de préserver leur anonymat. Je n'ai pas établi de priorité quand à savoir si je devais débiter mes entretiens avec les infirmiers ou les patients. L'opportunité m'a été donné de débiter les entretiens avec un trentenaire (A), une femme de cinquante ans (B) et une autre de soixante dix ans (C). Elargissant ma recherche et discutant avec un kinésithérapeute, celui-ci m'a proposé d'évoquer mon sujet avec certains de ses patients en rééducation et de les solliciter pour un entretien sur leur vécu d'hospitalisation.

J'ai rapidement constaté une discordance entre nos préoccupations et les leurs sur le vécu de l'hospitalisation. Au cours des entretiens plusieurs éléments sont apparus: d'abord l'effet anxiogène de l'annonce d'une pathologie, et dans leur cas, de la nécessité d'une chirurgie. Deux de ces patients n'ont pas enregistré de prise en charge de cet effet anxiogène au moment de l'annonce de la maladie. Le second point est la majoration du stress lié au manque de disponibilité ressenti de l'équipe soignante. Enfin apparait l'absence de soutien de la famille en amont. Pour résumer, alors que je dirigeais les entretiens sur les qualités requises pour une bonne prise en charge, selon le point de vue des patients, ceux-ci exprimaient une apparition somme toute beaucoup plus précoce du stress, an amont de l'hospitalisation.

J'ai donc modifié mon guide d'entretien infirmier pour approfondir la prise en charge de l'anxiété et de l'angoisse au moment de l'accueil du patient dans le service de chirurgie. Mes recherches, notamment par internet m'ont permis de découvrir l'existence des consultations infirmières avec l'élaboration de la loi KOUCHNER du 4 mars 2002. J'ai constaté rétrospectivement que la prise en charge de l'anxiété et de l'angoisse du patient à ce moment précis m'avait totalement échappée. Je m'étais, jusqu'alors préoccupée de la présentation du service au patient, de l'explication du protocole de l'hospitalisation jusqu'à l'intervention chirurgicale prévue, généralement le lendemain (examen biologique à réaliser si besoin, visite de l'anesthésiste le soir, l'explication de la douche bétadinée du soir et du lendemain matin, la nécessité d'être à jeun, ainsi que les consignes sur les bijoux, le vernis à ongle...). Les informations dispensées d'ordre technique se doublaient néanmoins d'une approche « rassurante » avec l'évocation d'un décontractant donné le soir et le matin de l'intervention. Conformément à la pratique observée dans les différents services, j'ai abordé l'angoisse des patients par le biais technique.

Une nouvelle question de recherche a donc émergé de ces entretiens « patients » et mes expériences de stages : existe-t-il un mode de prise en charge complémentaire et d'effet durable de l'anxiété et de l'angoisse avant une hospitalisation ? A ce stade de réflexion, je n'avais pas encore réalisé d'entretien « infirmier ».

Je me suis alors mise en quête de service me permettant d'approfondir mes recherches, en particulier pour qualifier cette nouvelle approche du soin par l'entretien pré opératoire, dès l'annonce du diagnostic. En effet, depuis plusieurs années, la prise en charge de la douleur est devenue primordiale afin d'assurer le confort du malade, mais cette prise en charge est essentiellement de l'ordre de la douleur physique. Qu'en est-il de la douleur psychique également désignée par le terme souffrance morale ? Est-elle abordée dans ces entretiens ?

Les services spécialisés tels que Becquerel ou le service de neurologie de Charles Nicolle pratiquent les entretiens infirmiers. La très grosse charge de travail dans ces services a rendu difficile la réalisation des entretiens infirmiers qui sont intervenus tard dans mon processus de recherche. Ils ont nettement fait évoluer ma vision de l'accueil et d'orienter définitivement ma problématique sur une prise en charge précoce.

### **Utilisation du questionnaire infirmier.**

Dans la continuité de mes entretiens infirmiers, j'ai évoqué les questionnaires « patients » et « infirmiers que je voulais exploiter au début de mes recherches. Les infirmières interrogées prévoyaient de faire une enquête infirmière au sein de leur service pour évaluer les répercussions de la consultation infirmière pré opératoire sur la charge de travail du personnel. Nous avons donc

décidé de travailler ensemble sur ce projet, me permettant d'approfondir mes recherches pour ma soutenance prochaine. En croisant les attentes je suis amenée à modifier le questionnaire pour que les résultats soit quantifiables et qualifiables. Avec l'accord du directeur des soins et du cadre supérieur de santé, le questionnaire sera distribué à l'ensemble du personnel, puis les résultats seront analysés pour mesurer l'incidence de la consultation sur la charge de travail dans les services et par extension sur l'état moral des patients.

### ***III) Source documentaire***

Au cours de mes recherches les différentes directions et phases de réflexions se reflètent dans l'éventail bibliographique présenté en annexe. A chaque étape, j'ai pris conseil auprès des responsables, des personnels des chargés de guidance, j'ai puisé dans les documentaires de santé susceptibles d'apporter un éclairage sur l'image « hospitalière ». Le croisement de nombreuses documentations, lecture, m'a permis de cerner et de faire émerger la problématique centrée sur cette prise en charge précoce en entretien infirmiers pré opératoires. Ma bibliographies ne concerne pas seulement le processus d'accueil du patient, mais suis mon processus de réflexion. Ainsi, je me suis interrogée sur les pratiques infirmières en matière de communication, sur les conséquences du Burn Out dans les services, sur la charge de travail du personnel hospitalier face au nombre de patient dans les services. Mais également, sur l'impact de la prise en charge psychologique des l'annonce d'une éventuelle intervention sur le processus de guérison des patients. Pour finir, je me suis interrogée sur le coup financier de cette prise en charge. Par ce cheminement, je suis parvenue naturellement aux consultations infirmières pré opératoire.

Mon processus de recherche documentaire à donc débuté par de nombreuses lectures d'ouvrages généralistes, pour se concentrer petit à petit sur des articles de revues spécialisées. En effet, ces dernières ont l'avantage d'être plus pertinentes et apportent un gain de temps.

### ***IV) La question de recherche.***

A partir d'un axe de réflexion initial, avec les résultats des différents entretiens réalisés avec des patients et des infirmières associés aux différentes lectures, j'ai été amenée à redéfinir mon thème de recherche pour aboutir finalement à la question développée dans ce TEFÉ :

« Lors de l'accueil d'un patient en chirurgie, dans quelle mesure la consultation infirmière pré opératoire influence-t-elle la prise en charge infirmière de l'anxiété et de l'angoisse ? »<sup>5</sup>

Pour y répondre, j'ai d'abord défini les termes important. Ils reflètent ici ma vision de la profession infirmière et ne constituent pas une modélisation généralisable aux autres professionnels de santé. Je souhaite apporter un éclairage sur mon évolution au sein de la profession et de la pratique que j'en perçois, mon analyse, étayés par la confrontation de mes hypothèses, du résultat des entretiens, et des recherches documentaires. Il s'agit plus de comprendre les répercussions sur le patient de ces nouveaux entretiens infirmiers et non de juger des pratiques infirmières. J'ai choisi de traiter ce sujet sous forme de quatre chapitres distincts mais complémentaires pour comprendre et exposer l'ensemble de ma question de recherche.

---

<sup>5</sup> Annexe 1

## CHAPITRE 1 : ÊTRE INFIRMIÈRE.

Avant d'aborder le concept de prise en charge infirmière il est nécessaire de définir au préalable ce qu'est une infirmière. Sur le plan historique le terme d'infirmier, dérivé du mot d'infirme est apparu en 1398. C'est une réfection de *enfermier*, lui-même dérivé de *enferm*, qui ne comporte aucune référence à l'enfermement. C'est une des formes archaïques de la traduction d'*infirmus* qui désignait en latin le malade, ou plutôt l'invalidé (littéralement privé de force). *Enfermière* ou *infirmière* apparaît dans les statuts des maisons féminines des ordres nés des croisades, pour désigner la moniale chargée de soigner ses consœurs malades. L'appellation est devenue courante dès la fin du XV<sup>ème</sup> et le début du XVI<sup>ème</sup> siècle pour désigner la sœur infirmière, le moine infirmier. A partir du XIX<sup>ème</sup> siècle, le terme de garde malade a été utilisé de préférence pour désigner les personnes qui, à domicile soignaient, et gardaient les malades. Le terme a disparu peu à peu à partir de 1920, avec l'apparition des premiers pionniers des soins infirmiers tel que Florence Nightingale. C'est Virginia Henderson qui pose véritablement en 1960 les soins infirmiers comme une réponse aux besoins fondamentaux de chaque personne. C'est le concept des soins infirmiers.

### I) Qu'est ce qu'une infirmière ?

« Personne qui en fonction des diplômes qui l'habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, elle participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation et d'encadrement »<sup>6</sup>

Cette première définition est complétée par celle de l'Organisation Mondiale de la Santé : « *la mission des soins infirmiers, dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé.* »<sup>7</sup>

La définition de l'OMS met en avant deux idées essentielles :

D'une part, pour l'exercice de la profession, l'infirmière doit posséder des compétences que nous appellerons des savoirs dispensés dans le cadre d'une formation spécifique. Les trois **savoirs principaux pour l'exercice de notre profession** :

- **Le savoir** représenté par « *l'ensemble des connaissances acquises par l'étude c'est-à-dire des connaissances générales* »<sup>8</sup>. Il regroupe les connaissances théoriques que nous apprenons dans le cadre de notre formation quelque soit l'institut de formation. Cependant nous sommes amenés à compléter ces connaissances dans le cadre de nos stages au sein des services et avec l'aide des équipes pluridisciplinaires. En outre, ce savoir est constamment appelé à s'accroître, se modifier et se renforcer au fil du temps et des diverses formations afin d'améliorer notre savoir faire.
- **Le savoir faire** est « l'ensemble des habilités qui nous permettent de résoudre des

<sup>6</sup> Article L4311-1 du Code de la Santé Publique

<sup>7</sup> <http://www.infirmiers.com/inf/historique.php>

<sup>8</sup> Chaumont Nathalie.2008. Cours de deuxième année. *La démarche éducative* :IRFSS Bois guillaume

problèmes, dans une situation de travail complexe, avec efficacité. Ce savoir doit toujours être validé à partir d'indicateur d'efficacité, il est donc exprimé en terme de « être capable de » »<sup>9</sup>

- Le **savoir être** est « *l'ensemble des démarches et processus cognitifs, affectifs, relationnels et physiques* »<sup>10</sup>. Il détermine et individualise chaque soignant. C'est notre faculté à nous adapter en fonction des individus, de la situation et de notre vécu.

Durant les trois années d'études, ces différents savoirs sont évalués à la fois dans le cadre de validations écrites pour les connaissances théoriques et dans le cadre de mise en situation professionnelle pour évaluer nos aptitudes sur le terrain.

La seconde idée, qui est à mon sens la plus importante, implique que l'infirmière doit prendre en charge le patient dans sa globalité. En effet, chaque personne doit être considérée comme unique. Pour dispenser des soins de qualité et optimiser les résultats, l'infirmière ne doit pas se limiter à l'administration des traitements ou à la réalisation des pansements, mais également tenir compte des aspects psychologiques, sociaux, environnementaux et familiaux.

Cependant la définition de l'OMS pose les notions de compétences et de rôle sur prescription, ainsi que du rôle propre, qu'on retrouve encadrés par la réglementation.

## **II) Législation de la profession :**

Le code de la santé publique, Article L4311-1 régissant notre profession, considère « *comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier, toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.* »

« *La fonction infirmière comprend l'analyse, l'organisation et l'évaluation des soins infirmiers et leur dispense soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du rôle propre de l'infirmier. Elle comprend en outre, différentes actions concernant l'éducation, la formation, l'encadrement et la prévention en matière de santé et d'hygiène ainsi que l'application et la promotion des mesures de lutte contre l'infection et la contagion.* »

Le décret de compétences du 29 juillet 2004 remplace le décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière. Ce décret fait partie du Code de la Santé Publique, référentiel de notre profession. Il distingue les actes infirmiers relevant du rôle sur prescription c'est-à-dire du rôle en collaboration avec les médecins et ceux relevant du rôle propre. Le rôle sur prescription implique que « *l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé* »<sup>11</sup>. Le rôle propre correspond aux « *soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.* »<sup>12</sup>

Le rôle propre induit des diagnostics infirmiers qui sont « *l'énoncé des jugements cliniques centré sur les réactions de l'individu aux problèmes de santé qu'ils soient présents ou potentiels. C'est aussi centré sur les réactions aux processus de vie (adolescence, vieillissement...)* »<sup>13</sup> Ces diagnostics répondent aux besoins fondamentaux de V. Henderson afin d'individualiser la prise en charge du patient. A chaque entrée d'un patient dans un service, on effectue un recueil de données

<sup>9</sup> ibid

<sup>10</sup> ibid

<sup>11</sup> Article R-4311-1

<sup>12</sup> ibid

<sup>13</sup> Cours soins infirmiers 3<sup>ème</sup> année

visant à connaître ses habitudes de vie à domicile. Cela permet de quantifier et déterminer les difficultés liées à l'hospitalisation. Le recueil de données complété, l'infirmière doit mettre en place son programme de prise en charge pour remédier aux besoins perturbés. Il apparaît que le rôle propre de l'infirmier consiste à considérer la personne dans sa globalité, c'est-à-dire en tant qu'être bio-psycho-socio-spirituel. Le patient est accompagné, l'infirmier lui propose une aide personnalisée qui lui permettra de conserver ou de retrouver la santé dans toutes ses dimensions.

## CHAPITRE 2 : ANXIÉTÉ ET ANGOISSE DEVANT L'ÉVÉNEMENT «MALADIE».

L'anxiété et l'angoisse vont être traitées de pair, dans la mesure où ces deux termes semblent difficilement séparables. De même ils ne peuvent être traités sans évocation du «stress» qui est à l'origine de ces phénomènes d'anxiété ou d'angoisse.

### **I) Association du stress et de la maladie :**

#### **Qu'est ce que le stress ?**

*«Le stress est une situation courante de la vie quotidienne ; il est une réponse physiologique d'adaptation de l'organisme à une modification de son environnement mais aussi à toute nécessité propre (faim, soif, etc ...). Sa mise en jeu est dépendante de la perception des modifications externes et internes à l'organisme. L'intensité de la réponse est fonction du type de la stimulation. L'agression est cependant très variable, souvent prévisible comme un acte de chirurgie réglée, parfois imprévue comme le traumatisme après accident de la voie publique, ou de courte durée strictement limitée à un acte diagnostique comme une endoscopie par exemple, ou, au contraire, prolongée comme dans le cas des douleurs chroniques du cancer.»<sup>14</sup>*

Le stress est défini comme une réponse physiologique d'adaptation de l'organisme aux modifications internes et externes. Dans une situation de la vie quotidienne, le stress est, en règle général, de courte durée et d'intensité variable, que tout un chacun peut contrôler temporairement, ou limite par différentes stratégies. Stimulation extérieure pour les uns, il devient véritable source d'angoisse pour les autres.

#### **L'événement maladie :**

La nouvelle de l'intervention chirurgicale constitue une source d'inquiétude, d'autant que les techniques de dépistage précoce des pathologies révèlent parfois brutalement des indications chirurgicales chez des patients qui ne se « sentent pas malades ». La révélation de la maladie est un stress psychologique important : « être malade » est une remise en cause personnelle, familiale et sociale, elle est accrue par l'annonce de l'intervention.

La maladie est une source de déstabilisation psychologique en particulier lorsque la sanction chirurgicale n'est pas vécue comme la réponse à une douleur préalable. La maladie provoque un sentiment de trahison de son propre corps ; elle est aussi synonyme d'anormalité, de désintégration physique, de mortalité, même si le chirurgien parle de « tache » plutôt que de « tumeur ».

La maladie est un facteur potentiel de rupture familiale, tant dans son organisation sociologique (gestion du foyer, garde des enfants,...) que dans sa dimension affective (souffrance d'un être cher, séparation imposée,...)

L'appréhension par le patient des changements de son environnement sont autant de causes de stress psychologique avant même d'envisager la période opératoire proprement dite.

### **II) La survenue de l'anxiété et de l'angoisse.**

L'anxiété est définie comme un « *sentiment de malaise (d'appréhension), individuel ou collectif, d'origine généralement indéterminée ou inconnue, se manifestant par une activation du système nerveux autonome* »<sup>15</sup>. L'auteur la précise dans une note : « *l'anxiété est un vague sentiment*

<sup>14</sup> FERRAGUT E. COLSON P.1996. Le facteur humain en chirurgie et réanimation. In *La dimension de la souffrance en chirurgie et réanimation*. Paris :Masson. P.1

<sup>15</sup> Manuel de diagnostics infirmiers, L.J Carpenito, P.32

*d'appréhension et d'inquiétude que la personne éprouve quand son système de valeurs ou son système de défense sont menacés (May, 1987). La personne est parfois en mesure de définir la situation qu'elle vit, mais son intégrité psychologique est en fait menacée par le malaise et l'appréhension qui sont inextricablement liés à cette situation. Autrement dit, la situation est à l'origine du danger, mais elle ne constitue pas le danger »<sup>16</sup>. Tirée du manuel de diagnostic infirmier de L.J. CARPENITO, cette définition lui fait correspondre un diagnostic infirmier à poser, un problème à résoudre qui se manifeste par des symptômes physiologiques, émotionnels et cognitifs.*

Il liste :

- vingt et un symptômes d'ordre physiologique avec en tête de liste une augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, de la fréquence respiratoire...
- dix-huit manifestations d'ordre émotionnel comme l'apparition de sentiments d'inquiétude, d'impuissance, de nervosité ou encore une irritabilité, des éclats de colère, un repli sur soi...
- dix critères d'ordre cognitif tel qu'une incapacité à se concentrer, une tendance à l'oubli, des ruminations, ou encore de la confusion.

Le mot angoisse « vient d'un mot latin qui veut dire « passage étroit », « resserrement ». Cela traduit le fait d'avoir la gorge serrée, de mal respirer. Les crises d'asthme sont souvent des manifestations de l'angoisse. Il pourra de même y avoir des manifestations cardiaques, vasculaires, céphaliques. Ces manifestations font que l'on perçoit l'expérience de manière déréelle »<sup>17</sup>. Ainsi, à chaque stade du développement de l'individu correspond une angoisse. Le dernier stade de l'angoisse apparaît à l'âge adulte par le biais de l'angoisse de mort. C'est de cette angoisse de mort dont il est question dans ce travail. Nous pouvons donc la définir comme « une appréhension, inquiétude ou peur face à la mort ou au mourir »<sup>18</sup>.

La décision de définir l'anxiété et l'angoisse simultanément découle de la nécessité d'établir un degré dans l'évolution du processus de stress. L'attente du diagnostic et l'inconnue génèrent l'anxiété, la pose du diagnostic et l'annonce de l'intervention, provoque l'évolution vers l'angoisse avec la mise en cause de la survie. Au-delà des préoccupations individuelles et familiales. Une patiente confirme : « J'ai subi deux interventions chirurgicales en moins de deux ans, la première pour une mammectomie et un curage ganglionnaire, la seconde pour une hystérectomie totale »<sup>19</sup>. « A chaque fois j'ai eu peur de mourir, j'étais angoissée, craintive, j'avais peur d'avoir mal physiquement et moralement »<sup>20</sup>. Ainsi, l'anxiété et l'angoisse sont déjà présentes lorsque le patient arrive dans le service.

### CHAPITRE 3 : LA COMPLEXITÉ DE L'ACCUEIL D'UN PATIENT EN CHIRURGIE :

#### I) Définition du mot «accueil».

Au XII<sup>ème</sup> siècle, le mot « acoillir » signifiait accompagner, être avec. Le choix de cette définition n'est pas anodine car elle contient une connotation particulière, comportementale, et sous-entend un état d'esprit fondé sur la disponibilité, l'attention à l'autre, mais également sur l'acceptation mutuelle.

Aujourd'hui, le verbe accueillir signifie « recevoir d'une certaine manière quelqu'un »<sup>21</sup>.

<sup>16</sup> ibid

<sup>17</sup> <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/angoisse.htm>

<sup>18</sup> Manuel de diagnostics infirmiers, L.J Carpenito, P.40

<sup>19</sup> Entretien infirmier n°3

<sup>20</sup> ibid

<sup>21</sup> Dictionnaire, hachette, mise à jour en 1990

L'accueil est un acte banal de la vie quotidienne qui obéit à des rituels variables en fonction de l'éducation, des valeurs, des coutumes...

Les entretiens « patients » m'ont appris que ma conception de l'accueil au sein d'un service hospitalier différait de celle des malades. J'entendais par « accueil » la prise en charge infirmière lors du premier contact quand le patient comprenait tout le processus avant sa prise en charge directe : son arrivée au sein de l'institution, le contact avec la standardiste, l'enregistrement de son séjour... qui contribuent à la première impression de son hospitalisation. En particulier, il retiendra le premier contact avec le chirurgien et l'anesthésiste. C'est le déclenchement du processus d'acceptation de la maladie.

D'un point de vue professionnel, infirmiers ou personnel de santé, l'accueil a un sens différent : *« il ne s'agit plus de la vie courante, mais d'un champ phénoménal particulier, qui est celui des soins qu'ils soient hospitaliers, ou extra hospitaliers. L'accueil devient alors un acte professionnel réfléchi, qui s'analyse, s'apprend, se développe dans une finalité de qualité des soins »*<sup>22</sup>. Je reprendrai plus loin la notion de qualité des soins pour me concentrer ici sur le lien et les interactions sociales. Le lien social s'exprime dans le cadre d'une relation avec un autre : *« Dans certains cas, la relation peut être définie, identifiée (empathique, thérapeutique, relation d'aide...) en fonction des attentes de chacun. Les échanges s'effectuent selon des critères, normes et rituels, conformes à un code social et/ou professionnel soignant/soigné – soignant/famille). Dans ce type de relation, la finalité du lien social oriente très fortement l'accueil, même si la relation interpersonnelle garde son importance, et en particulier, la persistance des premières impressions »*<sup>23</sup>.

Le patient qui arrive avec un vécu d'accueil administratif, a déjà mis en place un ou des mécanismes de défense pour limiter son angoisse, s'approprier sa maladie, lorsqu'il parvient devant le personnel soignant du service. Le décryptage de ces mécanismes est lié à la connaissance de son parcours.

## **II) Les mécanismes de défense du patient.**

La vie du patient bascule lors de l'annonce du diagnostic par le médecin d'une pathologie, d'une intervention chirurgicale nécessaire ou tout simplement de la nécessité d'approfondir les investigations médicales à la recherche d'une défaillance organique. Dans le cas d'une intervention chirurgicale, le patient va recevoir un grand nombre d'informations « techniques » concernant son état, le déroulement de l'intervention, les bénéfices attendus de l'intervention par rapport aux risques. Cette masse d'informations va accroître le stress et déclencher le processus d'anxiété voire d'angoisse. Dans un second temps, le patient sera amené à rencontrer le médecin anesthésiste, dernière étape avant l'intervention chirurgicale.

Pour vivre au mieux cette annonce de la maladie le patient devra passer par différents stades. Il fera un travail progressif sur lui-même, que nous sommes en mesure d'accompagner. Cela fait partie de notre rôle propre : c'est la démarche éducative.

Selon les stades classiques du processus de deuil, les interventions « éducatives » vont très fortement varier. Ainsi, il existe six stades :

- **Le choc initial.** C'est le choc de l'annonce de la pathologie, choc qui peut être plus ou moins brutal selon les personnes. Le patient peut être surpris, désintéressé, angoissé... Exemple de manifestation : les expressions « je ne réalise pas très bien », « ce n'est pas vrai », « ce n'est pas possible ». le rôle du professionnel sera de soutenir, d'aider le patient à se retrouver, écouter, reformuler, s'intéresser à ses représentations de la maladie.

<sup>22</sup> « Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité », Recherche en soins infirmiers n°75, décembre 2003 par Monique FORMARIER, page 15

<sup>23</sup> ibid



- **La dénégation** : c'est une réaction normale mais qui peut perdurer voire se transformer en déni. Le patient banalise ce qui lui arrive, semble être détaché du contexte « il y a des maladies plus grave ». Notre rôle est d'instaurer un climat de confiance, de chercher en quoi le patient se sent menacé, de donner des informations positives et encourageantes.
- **La révolte** est une étape plus positive dans la mesure où le patient a pris conscience de la réalité de sa maladie. Il peut, certes, se montrer agressif ou vindicatif bien que la maladie soit le seul objet de sa révolte. Celle-ci peut être masquée par un manque de suivi du traitement ou se manifester ouvertement. Notre rôle consiste à chercher l'objet de la révolte et à encourager la capacité du patient à faire face.
- **Le marchandage** est le stade où le patient essaie de diminuer comme il le peut les contraintes de la maladie et du traitement. Cela peut se manifester par des expressions « je veux bien faire ceci mais pas cela », « pendant la journée, je n'ai pas le temps de faire mon traitement... ». Il peut également jouer sur des informations contradictoires « tel médecin ma dit cela, tel autre me dit cela, qui croire ? ». Nous devons lui permettre de s'exprimer sur ce qu'il vit et sur ses souhaits, de négocier son traitement si cela est possible afin de lui montrer qu'il peut être entendu, de réaliser par sa propre expérience, que son traitement est nécessaire.
- **La tristesse** ou le retour sur soi. A ce stade le patient prend peu à peu conscience qu'il doit assumer sa maladie. Cela le rend triste et cela peut se traduire par des expressions tel que « je réalise que... ». C'est le point de départ d'une réelle prise en charge. Notre rôle sera de renforcer l'écoute active, de ne pas craindre les manifestations de tristesses comme les larmes et finalement d'aller à la rencontre du patient.
- Le dernier stade est celui de **l'acceptation**. A ce niveau, le patient retrouve un équilibre émotionnel car il a fait le deuil de son état antérieur et investit sa nouvelle situation. Le patient se montre actif et collaborant.

Tous les patients ne passent pas par tous les stades, il convient donc aux soignant de décoder les messages, les sous-entendus pour savoir à quel niveau ils se situent. Nous devons adapter nos comportements et notre prise en charge aux réactions de chacun.

### III) Le premier acte de soin : l'accueil.

De ce fait, il est important de considérer l'accueil du patient dans un service comme le premier acte de soin infirmier (de notre rôle propre). En effet lors de cet accueil, nous allons effectuer plusieurs interventions indépendamment ou en collaboration avec d'autres professionnels de santé. Nous devons les argumenter et les consigner dans la démarche de soins infirmiers. Ces interventions peuvent être classées en trois types :

- Les interventions visant à établir le recueil de données du patient. Nous devons déterminer les dépendances réelles ou potentielles de la personne pour satisfaire ses besoins fondamentaux ; les causes de ces dépendances (d'origine pathologique ou non) et les besoins de la personne avec sa participation, en fonction de sa maladie ou de sa souffrance physique ou psychique.
- Les interventions d'ordre technique avec l'élaboration de la démarche de soins infirmiers, la pose de diagnostic infirmier qui permettront d'établir des objectifs de soins, base du protocole de soins réalisés seul ou en collaboration, en accord avec la personne et en fonction de ses ressources.
- Les interventions d'évaluation des résultats obtenus au fil de la prise en charge de la personne pour éventuellement réactualiser le projet de soins en fonction de l'atteinte ou

non des résultats escomptés.

Le moment de l'accueil du patient dans un service de chirurgie doit être un moment privilégié entre le soignant et le soigné car il va permettre de mettre en place la relation d'aide. Celle-ci est définie comme un « *rapport privilégié entre les professionnels de santé et la personne soignée qui acceptent et prennent la décision de s'allier pour résoudre une difficulté en vue de maintenir d'améliorer la santé du patient ou de l'accompagner dans les derniers instants de sa vie* »<sup>24</sup>

Pour Carl Rogers qui a mis au point la relation d'aide en 1942 en Amérique, elle "*consiste en une interaction particulière entre 2 personnes ; l'aidé et l'aidant. Chacun contribuant personnellement à la recherche et à la satisfaction d'un besoin d'aide présent chez l'aidé. L'aidant cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement psychologique et une plus grande capacité à affronter la vie.*"<sup>25</sup>

La mise en place de cette relation permet au soignant de favoriser chez le patient une progression vers l'autonomie, l'amener à considérer son expérience de façon plus positive. Dans cette relation, l'aidant n'est pas tout puissant mais aide l'autre à chercher ses ressources pour grandir et résoudre lui-même ses problèmes. Pour la mener à bien, le soignant doit faire abstraction de ses propres valeurs, éviter de porter des jugements et s'abstenir d'interpréter ; c'est ce que l'on appelle l'empathie. Le but étant de comprendre l'autre, ses sentiments, ses croyances par rapport à son cadre de références afin d'en saisir la signification puisque l'aidé n'y arrive pas. Ainsi l'attitude empathique du soignant doit aider le patient à mieux se connaître pour mieux s'accepter. C'est pourquoi la relation d'aide doit passer par une communication adaptée.

### C) La communication verbale.

La communication repose sur un schéma simple. Elle comprend un émetteur, un récepteur et un message. Le message peut comporter plusieurs informations ou subir des altérations par l'intermédiaire de bruits parasites. Mais, il faut également adapter son vocabulaire pour rendre le message intelligible. Cependant, même si nous essayons de mettre en place tous les paramètres indispensables pour établir une bonne communication, il arrive souvent que des dysfonctionnements se produisent. En effet, en situation de stress intense, notre cerveau ne va enregistrer que dix pour cent des informations entendues. C'est le phénomène du filtre. Pour pallier ce phénomène, on peut recourir à la technique du Feed Back en demandant au patient de reformuler les informations retenues ou comprises.

### D) La communication non verbale.

L'essentiel de la communication passe par le langage du corps, nous communiquons sans cesse avec nos mains, nos yeux et nos attitudes.

Chaque personne, soignant/soigné possède son mode de fonctionnement : tactile, auditif, visuel. Le toucher constitue le mode de communication le plus personnel, le plus intimiste qui soit. **Toucher** une personne, c'est la faire entrer dans son cercle d'intimité. Il s'agit de trouver la bonne distance entre le soignant et le soigné pour que chacun soit à l'aise tout en restant thérapeutique. Certains patients ou soignant n'aiment pas être touchés. Il convient alors de prendre le temps de connaître la personne pour réajuster notre communication non verbale. Dans certains cas, toucher l'autre est inutile, un simple **regard** peut suffire à comprendre et se faire comprendre. Les gens qui adoptent ce mode de communication sont très attentifs aux attitudes et mouvements du soignant. Les hochements de tête, les haussements de sourcils, ou encore les postures sont autant de signaux qui expriment notre ressenti où altèrent notre discours, révélant ce qu'on peut souhaiter taire. En qualité de soignant, il convient de faire attention à nos mimiques et à notre attitude pour rester congruent avec notre discours, et établir un lien de confiance dans la communication avec le patient.

Enfin l'**écoute** est primordiale pour communiquer. Savoir écouter c'est avoir une attitude mentale et physique ouverte afin de recevoir tout ce qui est dit. C'est aussi savoir reformuler ce qui

<sup>24</sup> « Les soignants et la communication » p°136

<sup>25</sup> Cours sur la démarche relationnelle de 3<sup>ème</sup> année

implique que l'on a compris l'autre. La reformulation est une technique qui construit l'écoute active. Pour cela il faut laisser de côté les jugements, être disponible et savoir décoder les messages. En effet il faut distinguer deux mécanismes qui sont « écouter et entendre », on entend un malade se plaindre de la durée de son hospitalisation mais si on essaie d'écouter ce qui se passe, ce ne sont plus seulement nos oreilles que nous utilisons, on découvre alors que la plainte cache une source d'inquiétude comme les résultats d'un examen. Entendre est un phénomène passif qui ne met en jeu que l'ouïe. Ecouter, au contraire suppose une démarche éducative sous le contrôle de la volonté et qui met en action tous nos sens vus précédemment (vue, ouïe...)

En conclusion, on peut donc dire que l'accueil doit être considéré comme le premier soin infirmier car il permet de recueillir des données sur la personne, d'évaluer sa douleur (physique et psychologique) et son degré d'autonomie, mais également de mettre en place une relation d'aide qui sera le fondement de l'acceptation des soins et des thérapeutiques.

## CHAPITRE 4 : LA CONSULTATION INFIRMIÈRE PRÉ OPÉRATOIRE

### **I) Définition de la consultation infirmière :**

« Prestation programmée qui consiste à informer, conseiller, éduquer un patient et /ou son entourage, en matière de santé et de soins infirmiers »<sup>26</sup>

La consultation infirmière est réalisée en milieu hospitalier ou extra hospitalier, soit sur prescription médicale, soit à la demande du patient ou des infirmières. Elle peut être également associée à une consultation pluridisciplinaire dans le cadre d'une intervention chirurgicale : c'est la consultation infirmière pré-opératoire.

### **II) Principe et objectif de la consultation infirmière :**

« La consultation infirmière est un mode de pratique qui se développe de façon importante dans tous les secteurs d'activité et en lien avec de nombreuses disciplines médico-chirurgicales. Elle consiste à ce que « l'infirmière voit des malades, adressés par un médecin, en consultation, dans un but précis, défini par l'objet de la consultation (soins de plaies, stomathérapie, addictions, éducation thérapeutique, entretien en psychiatrie...). Après une observation, elle formalise les besoins du malade dans une perspective de soins infirmiers, prodigue les soins, éduque et fournit des informations et des conseils dans le cadre de son champ de compétence ».

Le profil des infirmières qui réalisent des consultations pourrait être caractérisé de la manière suivante, des professionnelles ayant : plusieurs années d'expérience clinique dans la discipline, des compétences reconnues, généralement suivi des formations relatives à leurs activités (éducation, soins ...) dans le cadre de la formation continue (Diplôme d'université ...), des qualités personnelles leur permettant de se positionner dans cette fonction.

L'exercice de consultations infirmières suppose des connaissances dans les champs cliniques et réglementaires, des capacités à prendre des décisions en situation complexe.

L'activité des infirmières qui réalisent des consultations se fait en fonction des projets de service et de politiques des soins des établissements. Le temps dédié à la consultation est le résultat d'organisations de service, de redéploiements et quelquefois de créations de postes.

L'organisation de consultations infirmières repose sur des aspects tels que :

3. la précision de l'objet de la consultation
4. des professionnels compétents identifiés
5. des fonctionnements définis : circuits du patient, enregistrement des soins (traçabilité dans le dossier patient ...), relevé de l'activité ...
6. des articulations formalisées avec les autres acteurs : médecins hospitaliers, collègues exerçant plutôt dans le service, professionnels du secteur libéral ...
7. des moyens matériels : locaux dédiés, bureautique, téléphone ...
8. des indicateurs de suivi et d'évaluation
9. l'inscription de l'activité dans le rapport établi par le directeur des soins, le financement de l'établissement (Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation – MIGAC)

Les principales problématiques soulevées par les consultations infirmières sont relatives à la prescription, la rémunération, la formation spécifique, la reconnaissance des compétences en

<sup>26</sup> Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, édition Masson, 3<sup>ème</sup> édition, révisée, actualisée et augmentée

termes d'évolution de carrière et de statut. Ces différents aspects sont discutés mais n'ont pas encore eu de réelles réponses. Toutefois, des dispositions réglementaires récentes (Loi de financement de la sécurité sociale) rendent possible la prescription pour les infirmières de dispositifs médicaux selon des modalités précises.

*La consultation infirmière, avec tous les aspects qui la sous tendent, entre également dans le champ plus large de réflexion de gestion de compétences, de redéfinition des frontières entre professions de santé, de perspectives de nouveaux métiers. Et, au-delà d'une pratique, en relation avec des aspects de fonctionnement et d'organisation, la consultation est un mode particulier de mobilisation des connaissances et de leur mise en œuvre en situation singulière avec le malade. »<sup>27</sup>*

### **III) Consultation pré-opératoire expérimentée**

En pratique, les patients rencontrent immédiatement une infirmière après la consultation avec le chirurgien dans l'objectif d'une éducation thérapeutique, de soins prescrits, dans le cadre d'un entretien infirmier (psychologique)<sup>28</sup>. La consultation infirmière répond également à une évolution de l'offre de soins aux patients dans une recherche de qualité. L'évaluation des soins et l'attente des patients dépendent de facteurs de plus en plus nombreux et complexes. Cependant, moins d'un patient sur deux bénéficie de cette consultation. Les raisons sont d'ordre technique, les infirmières habilitées à pratiquer ces consultations ayant généralement d'autres missions en parallèles. Une infirmière témoigne : « si pour des raisons d'ordre technique, nous ne sommes pas présente pour recevoir dans la foulée un patient en détresse psychologique, la secrétaire peut soit nous bipper pour convenir d'un rendez-vous, soit donner nos coordonnées téléphoniques pour répondre aux questions »<sup>29</sup>. Face à l'annonce déstabilisante de l'intervention, le patient a une autre opportunité de poser les questions ou exprimer ses inquiétudes concernant son intervention : la consultation anesthésiste. Cet entretien Patient-Médecin anesthésiste est réalisé en présence d'une infirmière. Cette dernière va pouvoir expliquer au patient les modalités de son entrée, présenter le service, expliquer les traitements, mais également répondre aux questions et amener le Patient à verbaliser. En outre, la consultation infirmière pré opératoire ou la consultation anesthésiste en présence d'une infirmière permettent d'ouvrir le dossier de soins infirmiers et de remplir avec la personne le recueil de données. Pour optimiser cette première prise en charge, certains services mettent en place un dispositif d'accueil lors de l'arrivée du patient dans l'unité de soins. Ces derniers sont accueillis par une aide soignante qui les installe dans leur chambre et leur réexplique le fonctionnement du service. Ce dispositif d'accueil semble diminuer considérablement l'anxiété et l'angoisse du patient. Par exemple, une infirmière de consultation pré opératoire déclare « curieusement, nous n'avons pas tellement de retour de la part des équipes de jour concernant une modification des comportements des patients, par contre, les équipes de nuit soulignent le fait que les patients ayant bénéficiés des consultations sont beaucoup moins angoissés »<sup>30</sup>. Le dispositif reste pertinent puisqu'il tempère la montée de l'anxiété favorisée par l'oisiveté nocturne et l'absence de dérivatifs pour détourner le patient de son inquiétude.

### **IV) Enjeux et perspectives.**

*« L'émergence de la consultation infirmière s'inscrit dans une période intense de réforme du système de santé et de reconfiguration de l'offre de soin. Recherche d'efficacité et rationalité économiques en sont les maîtres-mots. Cette tendance engendre, pour sa partie curative, une approche dite « ambulatoire » des prises en charges. Le système de financement des soins (T2A) impose de rendre visibles et de qualifier toutes ces activités. Si nombre de patients sont suivis en*

<sup>27</sup> [www.infirmiers.com/doss/consultation-infirmiere.php](http://www.infirmiers.com/doss/consultation-infirmiere.php)

<sup>28</sup> Annexe V

<sup>29</sup> Entretien infirmier

<sup>30</sup> Entretien infirmier

« consultations » par des infirmières, ces « dispositifs » ne bénéficient d'aucune réelle visibilité. »<sup>31</sup>. Plusieurs constats peuvent être, ainsi posés : le premier est que les infirmières qui pratiquent les consultations ne disposent pas de filière universitaire infirmière permettant d'élaborer leurs connaissances, de développer la recherche en formation initiale afin de promouvoir d'éventuelles études d'impact sur les pratiques professionnelles émergentes. « Je n'ai pas de formation particulière pour effectuer les consultations infirmières, j'essaie de me mettre à la place du patient et puis je suis humaine avant tout... »<sup>32</sup>. Pour les infirmières interrogées, le choix de faire de la consultation infirmière c'est avant tout le choix d'avoir une attitude humaniste. La relation est au cœur de leur priorité de soignante.

A la demande du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le Doyen BERLAND a réalisé une étude en 2003 sur le transfère de compétence. Il s'agissait de comparer les différentes pratiques de transfert de compétence de tous les pays et de voir s'ils étaient applicables en France. Il déclare « *Le domaine de l'éducation aux patients par des consultations infirmières en milieu hospitalier est donc riche d'expériences pérennes qui démontrent l'intérêt des médecins et des infirmiers pour développer ces pratiques en France. Ceci étant, aucune évaluation de ces pratiques n'a pas été faite en dehors d'évaluations ponctuelles se limitant à l'expérience d'un service et surtout aucune formation spécifique n'est apportée aux infirmiers. Les infirmiers sont sélectionnés non pas sur un niveau de formation adapté à leurs nouvelles tâches mais sur le volontariat et sans doute l'expérience professionnelle. Enfin les infirmiers sont souvent utilisés à d'autres périodes pour d'autres tâches notamment dans les unités d'hospitalisation. L'activité de consultations est alors délaissée lorsque le personnel n'est plus en nombre suffisant dans les salles d'hospitalisation* »<sup>33</sup>. Ce rapport publié en octobre 2003 est toujours d'actualité et correspond aux résultats des entretiens infirmiers. Néanmoins, il existe depuis 2008 des formations spécialisées pour le personnel paramédical dans le cadre des consultations infirmières.

A ce jour, il n'existe pas de système de tarification des consultations infirmières au sein de l'hôpital. L'opportunité de réaliser une consultation résulte de la démarche volontariste d'une équipe soignante pour améliorer le confort moral des patients. La situation devrait se modifier dans un avenir proche avec la création d'un pôle de consultations infirmières répondant à ce nouveau besoin.

---

<sup>31</sup> La consultation infirmière, enjeux et perspectives pour la profession, dossier soins n°707, juillet/aout 2006

<sup>32</sup> Entretien infirmier

<sup>33</sup> BERLAND Yvon, 2003, *transfère de compétence*, P23

## CONCLUSION

Le travail écrit de fin d'étude permet au futur professionnel de s'interroger sur les pratiques infirmières. Cependant, il ne s'agit pas pour l'étudiant de souligner un problème et tenter d'y apporter des solutions, mais de mener une réflexion sur un thème qui l'interpelle.

Le choix de la question de recherche résulte de la confrontation des entretiens individuels, des lectures, et du vécu de stage. Plusieurs phases de réflexions ont été nécessaires pour parvenir à cette question : « Lors de l'accueil du patient en chirurgie, dans quelle mesure les consultations infirmières influencent-elles la prise en charge infirmière de l'anxiété et de l'angoisse ? ».

Afin de réaliser cette recherche, j'ai eu recours à de nombreux supports tels que les entretiens individuels, la bibliographie, Internet. Ces différents supports ont présenté des avantages, mais également des limites d'utilisation.

Les entretiens individuels ont été réalisés dans des conditions identiques avec les mêmes questions semi-directives tant pour les patients que pour les soignants. Sur les trois patients, un ne connaissait pas les entretiens infirmiers, un second n'a pas pu en bénéficier et le dernier en a fait l'expérience. Cependant, le résultat des entretiens est identique pour les trois à savoir que la prise en compte de l'anxiété et de l'angoisse est primordiale dans leur prise en charge. L'annonce d'un diagnostic et d'une hospitalisation génère une grande souffrance morale, pour eux, mais aussi pour leur famille. Dans la mesure où les trois patients interrogés ont tenu le même discours, je n'ai pas agrandi la taille de cet échantillon. Les entretiens infirmiers ont été effectués sur trois infirmières de consultation pré opératoire. Je souhaitais, également, réaliser des entretiens auprès des infirmières des services de soins concernés, mais les premiers entretiens infirmiers ont suffi à souligner un fait. En effet, dans la mesure où moins d'un patient sur deux bénéficiait, à ce jour, de la consultation, il est apparu difficile de quantifier ou de qualifier les répercussions dans les services. Cependant, si cela est vrai pour les infirmières de jour, il semble que les infirmières de nuit ressentent une diminution de l'angoisse et de l'anxiété des patients au moment du coucher.

Mes lectures m'ont permis d'élaborer les concepts de cette recherche. Les lectures généralistes en début de recherche sont devenues plus ciblées en fonction de l'avancement des recherches. Très peu d'ouvrages existent sur les consultations infirmières. Certaines des études ont été réalisées au Canada, mais aucune en France. Par ailleurs certains ouvrages liés à mon sujet de recherche se sont avérés inaccessibles, la plupart parce qu'ils ne sont plus édités. J'ai également utilisé Internet comme base documentaire en prenant la précaution de vérifier le contenu des articles par d'autres sources. Les définitions seules, issues d'ouvrages répertoriés sont considérées comme fiables.

La conjonction de ma base documentaire, et de l'analyse des entretiens patients et infirmières, m'ont conduit aux observations suivantes :

L'annonce d'une intervention chirurgicale est toujours traumatisante pour le patient et son entourage. Le patient, parfois en état de choc, n'est pas toujours en mesure de formuler devant le médecin les questions qui peuvent survenir durant la consultation chirurgicale. La consultation anesthésiste, une semaine avant l'intervention, laisse le temps au patient de cogiter, de se représenter les conséquences réelles ou présumées, et d'être anxieux. L'annonce du diagnostic est l'élément générateur de l'anxiété et l'angoisse. L'information pré opératoire est une étape indispensable d'explication et de dialogue où le patient redevient acteur et reprend prise sur son protocole thérapeutique et son organisation personnelle.

La consultation infirmière a été créée sur l'initiative des soignants et permet de faciliter l'expression des souhaits, des craintes, des incompréhensions du malade voire de sa famille.

Durant un entretien, intervenant juste après la consultation avec le chirurgien, l'infirmière

reformule les explications concernant l'intervention, mais surtout rassure le patient, le fait « verbaliser » sur ses inquiétudes. Elle répond aussi aux interrogations concernant le retour à domicile, la rééducation si besoin. L'infirmière peut présenter ensuite le service et les professionnels qui vont s'occuper du malade. Ainsi informé, préparé, rassuré, le patient peut devenir acteur de sa prise en charge.

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient devant bénéficier d'une intervention chirurgicale programmée, il apparaît que l'organisation ce type de consultation infirmière à l'issue de la consultation chirurgicale, facilite le déroulement de l'hospitalisation. La consultation infirmière donne au patient le moyen d'anticiper les étapes de son hospitalisation, en termes abordables. Le patient impliqué dans la démarche développe moins d'anxiété. La consultation pré-opératoire est le moment privilégié pour ouvrir le dossier de soins du patient.

L'émergence de la consultation infirmière s'inscrit dans une période intense de réforme du système de santé et de reconfiguration de l'offre de soins.

« On observe depuis plusieurs années la volonté de mettre en place des consultations infirmières dans les établissements de soins. Les infirmières stomathérapeutes ont été pionnières dans ce domaine. Il est fréquent maintenant de trouver des consultations infirmières en diabétologie, dans le domaine de la douleur, etc.

Si l'on se réfère au rapport d'étape du Doyen BERLAND, le transfert des compétences va largement favoriser l'ouverture de nouvelles consultations infirmières dans divers domaines de la santé et quel que soit le lieu d'exercice.

Accompagnement, éducation, prévention, examen clinique, démarche clinique, informations sont les fondements d'une consultation infirmière et répondent à la volonté de renforcer l'approche en Santé Publique souhaitée par la loi du 4 mars 2002.

La complémentarité des consultations infirmières et médicales montre les bénéfices obtenus en termes de résultats de santé auprès des patients. Dans ce contexte, il est nécessaire d'enrichir les interventions des professionnels engagés dans des consultations infirmières en les dotant de méthodes et d'outils transférables dans leur pratique. »<sup>34</sup>

La communication, l'empathie et la congruence sont les mots clés pour établir une relation de confiance avec le patient. L'anxiété et l'angoisse ne peuvent être réduites sans ces qualités. Bien qu'elle ne soit pas totalement généralisée ni encadrée ni tarifée, la consultation pré-opératoire s'appuie sur une attitude de communication qui correspond à ma conception de ma pratique infirmière. Si mon parcours professionnel m'en donne l'opportunité, j'aimerais m'intégrer dans ce type de démarche, ou dans l'évaluation qualitative et quantitative de ses conséquences sur le traitement et la guérison du patient.

---

<sup>34</sup> <http://www.webisis.com/docs/Programmes-CI.pdf>



## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrage :

CANOUI Pierre. Mauranges Aline.2008 . *Le Burn Out à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. 4<sup>ème</sup> édition. Issy-les-moulineaux : Masson.

CARPENITO Lynda Juall.2003. *Manuel de diagnostics infirmiers*. Traduction de la 9<sup>ème</sup> édition.Paris : Masson. P.32-43.

DE BOECK DIFFUSION.2006. *Comment préparer le travail de fin d'études*. 2<sup>ème</sup> édition. Issy-les-moulineaux : Estem.

FERRAGUT Eliane. COLSON Pascal. 1996. *La dimension de la souffrance en chirurgie et réanimation*. Paris : Masson.

MARMILLOUD Laure.2007. *Soigner, un choix d'humanité*. Paris : Collection espace éthique.

ROGERS Carl Ransom.2005. *Le développement de la personne*. Paris : InterEdition.

VEGA Anne.2000. *Une ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : Edition des archives contemporaines.

### Dictionnaires :

*Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*.2005. 3<sup>ème</sup> édition révisée, actualisée et augmentée. Issy-les-moulineaux :Masson.

*Dictionnaire en couleur*.1990. dernière mise à jour.Paris : Hachette.

### Revue :

- BUCQUET E, CHAUVIERE J, MARTIN D, MAQUET D, MOREAU J, THIBAUT E.2003. sur la scène de l'hôpital, quel rôle pour le patient ?. *Recherche en soins infirmiers*, septembre 2003, n°74, P. 72-83
- CLAVANI Isabelle. 2008. Le recueil de données en pratique. *La revue de l'infirmière*, mai 2008, n°140, P.30-32.
- DANY L, DORMIEUX A, FUTO F, FAVRE R.2006. La souffrance : représentations et enjeux. *Recherche en soins infirmiers*, mars 2006, n°84, P.91-104.
- FORMARIER Monique.2003. Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité. *Recherche en soins infirmiers*, décembre 2003, n°75, P.15-20.
- LE BŒUF Dominique.2006. La consultation infirmière, enjeux et perspectives pour la profession. *Soins*, juillet/août 2006, n°707, P.61
- PONTE Carène.2008. Réactualisation du contenu du livret d'accueil des établissements de santé. *Soins cadre de santé*, juin 2008, supplément au n°66, P.33.

Rapport au gouvernement :

BERLAND Yvon. 2003, rapport sur la coopération des professions de santé : le *transfère de tâches et de compétences*, P23.

[www.onsil.fr/docs/site/dossiers/toile/berland/rapport-berlan.pdf](http://www.onsil.fr/docs/site/dossiers/toile/berland/rapport-berlan.pdf)

dernière consultation le 28/04/2009.

Sites Internet :

<http://www.infirmiers.com/inf/historique.php>

<http://www.infirmiers.com/doss/consultation-infirmiere.php>

<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/angoisse.htm>

<http://www.webisis.com/docs/Programmes-CI.pdf>

<http://www.wikipedia.fr>

Dernière consultation le 28/04/2009

Soutenance

## ERRATUM

- Page 3 il faut lire « Annexe IV » au lieu de « Annexe 4 »
- Page 3 il faut lire « Annexe V » au lieu de « Annexe 5 »
- Page 4 il faut lire « en amont » au lieu de « an amont »
- Page 4 il faut lire « rassurante » au lieu de « « rassurante »
- Page 4 il faut lire « Annexe II » au lieu de « Annexe 2 »
- Page 4 il faut lire « Annexe III » au lieu de « Annexe 3 »
- Page 5 il faut lire « documentations et lectures » au lieu de « documentations, lecture »
- Page 5 il faut lire « entretiens » au lieu de « entretien »
- Page 6 il faut lire « termes importants » au lieu de « termes important »
- Page 6 il faut lire « Annexe I » au lieu de « Annexe 1 »
- Page 10 il faut lire « paire » au lieu de « pair »
- Page 19 il faut lire « il apparait » au lieu de « il est apparait »
- Page 19 il faut lire « Canada » au lieu de « canada »

### **IV) Introduction :**

Au cours de différents stages en chirurgie, j'ai eu l'occasion d'observer et de réaliser l'accueil de patients devant subir une intervention chirurgicale sous anesthésie générale (longue ou courte). Au niveau des services, l'accueil du patient permet de réaliser le recueil de données pour permettre à l'équipe soignante d'établir le projet de soin. Depuis quelques temps, des consultations pré opératoire réalisées par des infirmières, rattachées aux services concernés, permettent de réaliser ou de compléter le recueil de données. Mais divers entretiens réalisés auprès de patients, révèlent le coté technique des explications au sujet de leurs interventions alors que leurs attentes semblent plus axés sur la prise en charge de leur peur, de leur angoisse. Ainsi, mon processus de recherche a débuté avec cette question, peut-on dire que les consultations infirmières ont une incidence sur le comportement IDE une fois le patient arrivé dans le service ?

Au final, après confrontation de mes lectures et des entretiens réalisés auprès d'infirmières et de patients, je me suis plus particulièrement intéressée aux incidences de la consultation infirmière pré opératoire dans le processus d'accueil du patient en chirurgie. Ce qui m'a conduit à poser cette question de recherche : « Lors de l'accueil d'un patient en chirurgie, dans quelle mesure la consultation infirmière pré opératoire influence-t-elle la prise en charge infirmière de l'anxiété et de l'angoisse ? »

### **V) Synthèse et démarche de la recherche :**

J'ai réalisé ce travail écrit de fin d'études sur le thème de la consultation infirmière pré-opératoire dans le but de comprendre, de mieux appréhender la prise en charge de l'anxiété et de l'angoisse lors de l'hospitalisation d'un patient. Je souhaitais, par le biais des entretiens, réussir à établir un parallèle entre les attentes des patients et celle de l'équipe soignante. Je voulais, également, mettre en avant les bénéfices pour les patients, mais également pour le personnel hospitalier, de cette pratique.

Pour ce faire, j'ai choisi de traiter les concepts d' « infirmière », d'« anxiété et angoisse », « accueil » et « consultation infirmière pré-opératoire » au travers de quatre chapitres.

Chapitre I : Etre infirmière.

Chapitre II : Anxiété et angoisse devant l'évènement « maladie ».

Chapitre III : La complexité de l'accueil d'un patient en chirurgie.

Chapitre IV : La consultation infirmière pré opératoire.

Le choix de définir ces concepts dans cet ordre et de les avoir insérés au sein de chapitres différents résulte d'une volonté d'intégrer ma vision de la profession aux différentes pratiques infirmières constatées sur le terrain. Ainsi, j'ai d'abord essayé de définir ma vision du concept de l'infirmière au travers de valeur auxquelles j'aspire, puis j'ai essayé d'expliquer le contexte, avec dans un premier temps les conséquences de l'annonce d'une chirurgie ou d'une maladie avec la mise en place des mécanismes de défenses du patients, puis dans un second temps de sa prise en charge dans le service et enfin sur les bénéfices des consultations infirmières pré opératoire. J'ai essayé d'établir un fil rouge dans la rédaction de mon travail écrit.

Démarche de recherche :

J'ai voulu commencer mon processus de recherche par la création d'un questionnaire infirmier et patient sur le thème « des spécificités infirmières lors de l'accueil d'un patient en chirurgie ». Je souhaitais, au travers de ce questionnaire, faire une pré-sélection au niveau des infirmiers afin de vérifier mes hypothèses de départ. J'ai, de ce fait, présenté mes questionnaire à mon formateur référent, ainsi que ma question de départ. Il s'est avéré que cette méthode présentait plus d'inconvénients que d'avantages et que ma question de départ était beaucoup trop vague. Après réajustement de la question de départ et la validation des entretiens infirmiers et patients, le processus de recherche a débuté.

De ce fait, je me suis mise en quête des services hospitaliers réalisant des consultations infirmières pré-opératoire. Une fois identifié, il a fallu écrire au directeur des soins des services concernés, faire valider les entretiens ainsi que mes motivations et prendre rendez-vous avec les infirmières afin de réaliser les entretiens.

Concernant les patients, je me suis adressée à un cabinet de kinésithérapeute. J'ai ainsi exposé ma question de départ et expliqué ma démarche. Ils ont ainsi sélectionnés des patients ayant subies des interventions chirurgicales pour leur parler de ma recherche. En accord avec les patients, les rendez-vous et les entretiens ont été effectués. Ces entretiens ont été réalisés en décembre 2008.

Une nouvelle question de recherche a donc émergé de ces entretiens « patients » et mes expériences de stages : existe-t-il un mode de prise en charge complémentaire et d'effet durable de l'anxiété et de l'angoisse avant une hospitalisation ? A ce stade de réflexion, je n'avais pas encore réalisé d'entretien « infirmier ».

Les 3 entretiens infirmiers ont été réalisés en mars 2009. Lors de ces entretiens, les questionnaires infirmiers et patients ont été remis aux infirmières référentes des consultations infirmières afin d'être distribués dans les services et dépouillés après validation du cadre de santé.

Problèmes rencontrés :

- **Difficulté à obtenir une réponse des directeurs des soins malgré une relance téléphonique.**
- **Difficulté à obtenir un rendez-vous avec les infirmières des consultations infirmière pré-opératoire, malgré un premier contact et l'explication de ma question de recherche lors d'une première rencontre..**
- **Impossibilité de récupérer les questionnaires distribués lors des entretiens.**

Résultat des entretiens pour les patients :

- 1 patient sur les 3 a eu une consultation, les deux autres auraient aimé en avoir une.
- Pour les 3 le processus d'accueil débute dès leur arrivée à l'hôpital, lors des entrées.
- A leur arrivée dans les services les patients avaient peur de mourir, étaient angoissés, craintifs et un déclare que sa souffrance morale était aussi importante que sa souffrance physique.
- Pour les patients, l'infirmière doit être rassurante, souriante, à l'écoute. Tous soulignent l'importance du relationnel dans leur prise en charge.
- Les patients attendent de ce type de consultations d'être informés sur :
  - l'intervention
  - la prise en charge de leur douleur
  - le suivi post-opératoire
  - d'être rassurés sur le déroulement de leur hospitalisation.
  - la prise en charge de l'angoisse de leur famille.

Résultat des entretiens infirmiers:

E) Les premières consultations infirmières pré-opératoires ont eu lieu en décembre 2006 à l'initiative du médecin avec la coopération de l'équipe soignante.

Le but premier était de réaliser des prises de sang et d'ouvrir les dossiers de soins.

F) Aucune des 3 infirmières n'a de formation spécifique, mais une expérience en consultation.

1 infirmière a eu une formation récente sur « accueil, stress et agressivité » à sa demande. Début de formation sur l'entretien d'écoute et la relation d'aide dans le cadre d'entretien d'annonce.

G) 90% des patients sortant de la consultation avec le chirurgien sont dans un état de stress et d'angoisse.

H) L'intérêt de la consultation infirmière est d'apporter un maximum de réponses sachant que seulement 10% d'entre elles seront intégrées par le patient. Elle permet également aux patients de formuler des questions qu'ils n'ont pas osés poser au chirurgien.

I) L'intérêt pour les infirmières des services est l'ouverture au préalable des recueils de données et des habitudes de vie.

**But :**

Améliorer la qualité de la prise en charge pré-opératoire des patients.

Améliorer la qualité de la prise en charge des patients lors de l'hospitalisation.

Optimiser l'état émotionnel des patients en diminuant l'anxiété.

## **Anticiper les besoins de convalescence.**

### **Déroulement :**

#### **3 grandes étapes**

**V) Informer, reformuler, rassurer**

**VI) Transmettre (recueil de données, alerter les personnes ressources, remettre les documents utiles)**

**VII) Pratiquer un bilan sanguin.**

### **BILAN :**

- sur la méthodologie de recherche, je n'ai pas réussi à récupérer les questionnaires infirmiers et je n'ai malheureusement pas réalisé d'entretiens infirmiers avec les infirmières du service concerné. De ce fait, je n'ai pas pu vérifier si leur prise en charge était différente.

Finalement, le fait d'avoir commencé mon processus de recherche par les entretiens avec les patients m'a permis de les mettre au cœur de mon travail. Je suis donc partie du patient, de leurs attentes, des angoisses pour traiter mon sujet.

-sur le plan de la rédaction, je me suis rendue compte que j'avais oublié de numéroter mes annexes en chiffres romains dans le développement, mais surtout de les identifier clairement en fin de devoir. De plus un petit paragraphe n'est pas dans la bonne police.

-d'un point de vue purement personnel, ce travail m'a permis de faire le point sur ma pratique infirmière, de réaliser une véritable introspection et de savoir quel genre de professionnel je voulais devenir.

-Sur le plan professionnel, ce travail m'a permis de modifier mon comportement et de constater la réaction des patients, notamment dans le cadre d'un service de chirurgie ambulatoire. En effet, il semblerait que ma prise en charge soit plus adaptée aujourd'hui.

### **Conclusion :**

Ce travail m'a permis de comprendre que l'information pré opératoire est une étape indispensable d'explication, de dialogue où le patient redevient acteur de sa vie. Le processus de guérison passe indubitablement par une réappropriation du contrôle de son environnement. L'empathie est une qualité essentielle pour une infirmière, l'écoute, la communication sont autant d'atouts pour accompagner le patient durant son hospitalisation. L'infirmière se doit avant tout d'appréhender le côté humain avant le côté technique du soin et finalement comme je le stipule dans mon travail écrit de fin d'étude l'accueil est le premier acte de soin réalisé par l'infirmière. En résumé, ce travail m'a permis de modifier mon comportement avec les patients, d'être davantage à l'écoute, de ne pas hésiter à prendre du temps pour expliquer, réexpliquer, rassurer et finalement remettre le patient au cœur de son schéma de soin. Le temps consacré dans le cadre d'entretien au début de l'hospitalisation est autant de temps gagné pour la convalescence et pour l'acceptation des soins. Certes mon projet professionnel me conduit vers le bloc opératoire, mais l'angoisse et l'anxiété y sont toujours présents et décuplés, il convient donc d'accompagner également les patients lors de cette épreuve éprouvante. Et la réalisation de ce travail me semble être un bon préambule pour cet objectif.

## Complément bibliographique.

CASTES Nadine, LOPEZ Ghyslaine, PEOC'H Nadia. 2007. Représentations et douleur induite : repère, mémoire, discours...vers les prémises d'une compréhension. *Recherche en soins infirmiers*, mars 2007, n°88. P.84-96

FORMARIER Monique.2007. La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, juin 2007, n°89.P.33-42

TRAVERSO Véronique. 2007. Pratiques communicatives en situation : objets et méthode de l'analyse d'interaction. *Recherche en soins infirmiers*, juin 2007, n°89. P 21-32