



# L'accueil : l'hospitalité à l'hôpital - concept et évaluation

**Corinne Vandenbulcke**

DANS **RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS** 1999/2 N° 57 , PAGES 4 À 37  
ÉDITIONS **ASSOCIATION DE RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS**

ISSN 0297-2964

DOI 10.3917/rsi.057.0004

Date de mise en ligne : 09/08/2022

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-1999-2-page-4?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Association de Recherche en Soins Infirmiers.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://stm.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# R ENCONTRE

Corinne VANDENBULCKE

Infirmière clinicienne, Hôpital Orthopédique de la Suisse Romande, Lausanne, Suisse

adresse e-mail corinne.vandenbulcke@hors.hospvd.ch.

## L'ACCUEIL : L'HOSPITALITÉ À L'HÔPITAL - CONCEPT ET ÉVALUATION\*

« On n'a jamais deux fois l'opportunité de faire une première bonne impression »  
Cité par O. WEILL, Directeur Général du groupe hôtelier ACCOR

### RÉSUMÉ

L'accueil est un acte que l'on réalise toute la journée à des endroits divers, mais lorsqu'il s'agit d'accueillir un patient, cela relève du soin, dont nous sommes seuls responsables. Parce que cette personne arrive dans un lieu où elle va devoir se faire agresser corporellement et psychologiquement, elle est d'autant plus réceptive à son nouvel environnement. Face à des sentiments de peur, d'angoisse, de stress, le patient et nous-mêmes cherchons à établir confiance et sécurité nécessaires à son intégration. Celle-ci se fera par l'intermédiaire d'une communication verbale et non-verbale, par la réduction, l'annulation d'obstacles. C'est à travers l'étude de ce moment, de cette rencontre, par l'utilisation d'outils d'évaluation divers, que j'ai pu dégager les points forts et faibles dans notre Institution, afin de proposer des moyens d'amélioration adéquats (création d'une dynamique d'équipe sur ce sujet, élaboration d'une définition, de grilles d'évaluation et mise en pratique). Le personnel pourra ainsi au mieux réajuster son soin au niveau des informations à donner, et surtout l'attitude à adopter pour accueillir au mieux, puisqu'en définitif, c'est surtout cela que le patient gardera en mémoire.

*Mots-clés : accueil - sentiments - communication verbale et non verbale - Hildegard Peplau - attitude - enquête - observation - information - analyse - évaluation*

### ABSTRACT

Welcoming is an everyday act, performed all day long, in different places. But, when it comes to welcoming a patient, it is a matter of health care, for which we are the only responsible. Since this person arrives in a place where his (her) body and mind are going to be ill-treated (s)he will be all the more receptive to his (her) new environment. Faced with feelings of fear, anguish, stress, the patient and ourselves try to establish a relationship made of confidence and a feeling of safety, which are necessary to his (her) integration. This will be achieved by means of verbal and non-verbal communication, by reducing or even getting round the obstacles. By studying this moment, this meeting, with different evaluation tools, I have been able to sort out the strong and weak points of my Institution, in order to propose adequate means of improvements, (creation of a team dynamics on this subject, working out of a definition, evaluation grids and application). The staff will thus be able to readjust his care as well as possible, at the level of the information to be given, and above all the attitude to adopt, in order to improve the quality of welcoming, as, eventually, it is what the patient will keep in mind and what he will use for his evaluation.

*Keywords : Welcoming - feelings - verbal and non-verbal communication - Hildegard Peplau - attitude - survey - observation - dysfunction - evaluation*

*Abbreviations :*

*ICUS : Nursing officer in a care unit*

*CHUV : Hospital University Center of the Canton of Vaud*

*ESEI : Nursing school*

\* Ce travail a été réalisé dans le cadre de la formation clinique niveau I, à l'École Supérieure d'Enseignement Infirmier, à Lausanne (Suisse), 1997.

## 1. INTRODUCTION

### ■ 1.1 Situation et limites de la recherche

Bien que l'accueil soit un soin qui a lieu à chaque fois que nous rencontrons un nouveau patient(1), quels que soient l'endroit ou le jour d'hospitalisation de celui-ci, j'ai décidé de limiter ma recherche à l'accueil d'une personne convoquée dont l'intervention est programmée.

Il s'agit donc du premier contact avec l'infirmière(2), ou le personnel soignant, au sens plus large, puisqu'à l'Hôpital Orthopédique de la Suisse Romande, où je travaille, les aides-infirmières sont également amenées à effectuer cet acte : je me suis intéressée à la manière dont étaient présentés les lieux, les personnes, ainsi qu'à la relation recherchée de part et d'autre.

L'établissement où j'ai réalisé mon étude, est un hôpital privé reconnu d'utilité publique. Il contient soixante-quinze lits, dotés, équipés, d'hospitalisation en orthopédie principalement, et traumatologie.

Au niveau de la procédure, chaque patient est convoqué par courrier quatre à six semaines avant l'hospitalisation, afin de se présenter le jour convenu, entre 14h et 15h au bureau des admissions. Les formalités administratives terminées, la secrétaire avertit le service concerné, qui délègue ensuite une personne, pour accompagner le patient du bureau des admissions jusqu'à sa chambre.

### ■ 1.2 Choix du sujet

J'ai toujours été sensibilisée à l'accueil des patients, parce qu'il s'agit d'un moment particulier, d'un acte courageux pour le futur opéré, qui accepte de se soumettre à un savoir, une autorité médicale, paramédicale, qui s'exerce pour le bien de sa santé. Le personnel soignant doit se comporter avec respect pour l'engagement du malade qui abandonne provisoirement ses repères, pour s'intégrer, s'adapter et s'en approprier d'autres. Afin de valider ma formation d'infirmière-clinicienne niveau I, effectuée à l'École

Supérieure d'Enseignement Infirmier à Lausanne (Suisse), en 1997, j'ai choisi de réaliser un travail sur ce thème qui concerne autant les patients que le personnel soignant, résultant de leur inter-relation, et qui est en lien avec ma future fonction. C'est également un sujet dont l'approche affective est présente, puisque après avoir été patiente et susceptible de le devenir à nouveau, l'expérience de mon angoisse, de mon ressenti, me guidera pour considérer les deux visions de la rencontre que représente l'accueil.

Réfléchissant de manière plus approfondie sur l'accueil à l'Hôpital Orthopédique, il m'est apparu qu'il s'agissait, au niveau du personnel soignant :

- d'un acte isolé, individuel
- d'un acte peu ou pas pris en compte lors de l'introduction d'une nouvelle collègue (peu ou pas de supervision), sauf au niveau administratif
- d'un acte où l'élève était peu encadré

D'autre part, jusqu'en 1996, le mot accueil était présent mais non développé dans le cahier des charges de l'ICUS(3) au niveau de l'intégration d'une nouvelle infirmière. Le cahier des charges de l'infirmière n'existait pas et l'accueil ne faisait pas partie des critères d'évaluation au terme de trois mois d'essai.

Quant à la formation des aides-infirmières, une information avait été donnée plusieurs années auparavant, dont le compte rendu doit se trouver dans un des nombreux classeurs de l'établissement.

Toutes ces observations me reconfortaient sur l'intérêt et la crédibilité de mon sujet d'étude, même si je remarquais le peu de références bibliographiques sur ce thème précis, retrouvant plutôt des références sur l'accueil des élèves, des enseignants ou en entreprise.

Le temps écoulé entre le choix du sujet et sa rédaction m'a permis de constater l'élaboration d'un cahier des charges de l'infirmière, la réactualisation de celui de l'ICUS ainsi que celui de l'aide-infirmière, tous en accord avec les nouvelles prescriptions de la Croix-Rouge Suisse.

### ■ 1.3 Problèmes posés et hypothèses

Concernant l'accueil dans les services de soin, deux points me paraissaient problématiques :

(1) lire également patiente tout au long de l'article

(2) lire également infirmier tout au long de l'article

(3) lire Infirmière Chef d'Unité de Soins tout au long de l'article. Cela équivaut au poste de surveillante, en France.

• le mécontentement de certains patients émis dans les questionnaires de sortie de 1996. Malheureusement, après lecture de ceux-ci, très peu d'explications ou de commentaires explicites étaient formulés, malgré une croix dans les cases +/- ou -/.

Une insatisfaction infirmière personnelle. Il me semblait que c'était très souvent un rôle délégué à des personnes plus ou moins sensibles ou formées à l'accueil, les aides-infirmières en l'occurrence, compte tenu de l'absence de support de formation et de supervision lors de leur introduction dans le service. Malgré cela, la délégation de cette tâche s'avère incontournable, compte tenu de l'heure d'arrivée des patients dans le service qui correspond plus ou moins à l'heure de changement de l'équipe ou au colloque principal de la journée (celui-ci a lieu à 15h, d'une durée de 45 minutes). Il est suivi ou précédé de la pause du personnel du soir, principalement délégué à recevoir le nouveau patient, puisqu'il aura pour tâche de l'accompagner jusqu'au début de la nuit.

Un relais infirmier peut être encore plus tardif, laissant le patient seul dans sa chambre sans avoir connaissance de ce qui va lui arriver avant l'intervention du lendemain. Les raisons sont multiples : retour des opérés, visite des médecins, distribution des médicaments, des repas, soins imprévus.

Il est vrai que l'accueil du patient requiert de la disponibilité, de la patience, du temps et que dans l'ordre des priorités, celui-ci n'est pas considéré comme une urgence. L'accueil du patient est un acte qui dépend de chacun, selon son expérience, sa sensibilité, sa disponibilité et dont dépendra la qualité de la communication que j'expliquerai par la suite.

Enfin, l'absence de cadre de référence pour les équipes de soins me confortait quant à l'utilité d'une recherche de qualité à ce niveau de l'hospitalisation du patient.

Trois hypothèses me semblent définir les problèmes rencontrés :

- L'accueil est souvent jugé insatisfaisant par les patients
- L'organisation du travail ne permet pas une bonne prise en charge du patient au moment de l'accueil
- La formation du personnel n'est pas suffisante dans ce domaine

## 1.4 Objectif de recherche

Mon objectif principal est :

Évaluer l'accueil des patients hospitalisés convoqués dans les unités de soins de l'Hôpital Orthopédique,

dans le cadre d'une démarche de recherche de qualité en soins infirmiers.

Pour répondre à cet objectif, cinq questions vont guider ma recherche :

1. Qu'est-ce que l'accueil ?
2. Quel est le concept d'accueil de mes collègues : ICUS, infirmières, aides-infirmières ?
3. Quelles sont les attentes des patients ?
4. Quels sont les problèmes, les obstacles rencontrés par chacun ?
5. Quels sont les ressources, les moyens disponibles pour informer, sensibiliser les équipes de soins ?

Ces questions me guideront pour tenter de définir ce que peut être un accueil de qualité, du point de vue de mes collègues et des patients, sans toutefois omettre de considérer les difficultés qui empêchent d'atteindre cet objectif, pour que ce court moment soit le plus riche possible.

Je souhaite que l'analyse des résultats me conduise à dégager les problèmes principaux puis, à trouver des moyens réalistes et concrets pour réajuster le déroulement de ce soin, pour en améliorer la qualité et ainsi rétablir sa valeur.

Cette démarche répond au besoin d'évaluer l'écart entre la réalité et les attentes des patients et des professionnels, dans une recherche de qualité en soins infirmiers, c'est-à-dire faire mieux en tenant compte du contexte et des désirs de chacun.

Chaque soin infirmier doit être de qualité et pour cela répondre aux critères d'efficacité, de sécurité, de confort, d'économie et d'esthétique requis. Ces derniers, intégrés à l'acte, assurent par leur respect, un soin optimum défini, correspondant à l'apprentissage, aux attentes du patient et à une évaluation du professionnel satisfaisante. C'est dans son adaptation au contexte, à la coordination du soin, et par rapport à l'ensemble des autres tâches qui lui incombent, que l'infirmière démontrera ainsi la qualité de ses prestations, dont l'accueil fait partie. *«Un soin infirmier de qualité est celui qui témoigne d'une véritable attention particulière à la personne soignée et qui bénéficie d'un comportement, d'un geste, d'une technique, d'un propos... à la fois pertinent et sécurisant pour cette personne soignée».* (4)

(4) HESBEEN (W.) « un soin infirmier de qualité », in revue Soins Formation - Pédagogie - Encadrement, numéro 13, 1<sup>er</sup> trimestre 1995, p. 8

■ 1-5 Présentation

Reprenant la métaphore de M. Jacques PERIER, sociologue enseignant à l'ESEI(5), le mot « accueil » fut le cœur d'une fleur riche en questionnements. Grâce à un cadre, à des limites bien définies, chaque pétale se détermina, s'étoffa puis s'accrocha autour de ce mot.

Ces pétales s'appellent :

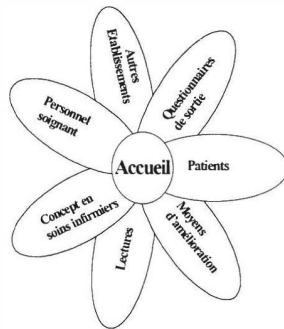
- enquête hospitalière sous forme d'entretiens semi-directifs et observations directes auprès de mes collègues
- enquête hospitalière sous forme d'entretiens semi-directifs auprès des patients
- enquête hospitalière sous forme d'étude des questionnaires de sortie de 1996 de l'Hôpital Orthopédique (statistiques et commentaires)
- enquête auprès d'autres établissements (privés et publics)
- recherche sur le concept d'accueil en soins infirmiers
- recherche des moyens d'amélioration, d'évaluation, de formation
- recherche de bibliographie sur la notion d'accueil en milieu intra et extra hospitalier.

Ainsi se forma la corolle, au gré de lectures, de rencontres,... au gré du vent!

Enfin si la stratégie de ma recherche s'apparente à l'élaboration d'une fleur, le choix du mot « accueil », lui, s'associe aussi à ce symbole puisque le mot accueillir, (dont la racine latine est *colligere*) veut dire cueillir!

Avant de vous laisser parcourir l'enchaînement de ma « récolte », le cheminement de ma réflexion, il me semble nécessaire de préciser que la première partie de ce mémoire consacrée à la mise en évidence de phrases clés issues de ma recherche littéraire, correspond précisément à ma propre conception d'un accueil de qualité. Si, dans cet ouvrage, de nombreuses citations sont présentes, c'est d'abord par souci de respecter les propos de l'auteur mais aussi afin d'apporter la démonstration de mes affirmations.

J'ai désiré intégrer au mieux ces extraits, les articuler avec mes réflexions, d'une part pour que la lecture soit plus fluide, mais surtout pour que ceux-ci conservent toute leur valeur. C'est pourquoi j'ai souhaité retranscrire directement les phrases qui me sont apparues les plus impor-



tantes, révélatrices, plutôt que de faire un résumé de celles-ci.

2. LES CONCEPTIONS DE L'ACCUEIL

■ 2.1 Définition

Me référant au dictionnaire « Le Petit Robert » de 1993, la recherche du mot « accueil » m'a conduit au mot « hôpital ». Je vous propose d'en suivre le fil rouge...

ACCUEIL	1	« Manière de recevoir quelqu'un, de se comporter avec lui quand on le reçoit ou quand il arrive ». V. Abord, traitement, bienvenue.
	2	Centre, organisation, bureau d'accueil : chargé de recevoir, structure d'accueil. V. « <b>Accueillant</b> »
ACCUEILLANT	1	« Qui fait bon accueil ». V. Accessible, aimable, cordial, <b>hospitalier</b> . Par extension, bien disposé, favorable, propice.
HOSPITALIER	1	« Anciennement : qui recueille les voyageurs, les indigents. »
	2	Relatif aux <b>hospitaux</b> , aux hospices. Établissements, services hospitaliers
	3	Qui pratique l'hospitalité volontiers. V. <b>Accueillant</b>

L'ensemble de ces définitions me montre le chemin, le lien important qui existe entre l'accueil et l'hôpital, dont le contenu spécifique doit être défini dans d'autres lectures plus spécialisées. Il est néanmoins important de retrouver déjà les mots : traitement, bien disposé, favorable, aimable, bienvenue, recevoir.

Avant même de décrire, d'analyser ce que représente l'accueil, il me semble intéressant de reprendre deux notions sur la physiologie de l'accueil, telles que l'embryogénèse et la digestion, développées par Paul CAUCHARD dans son livre si riche : « L'accueil : psychophysiologie et éducation cérébrale de la réciprocité », et dont je relèverai plusieurs citations par la suite.

« L'accueil n'est pas une activité extérieure : il fait partie essentielle de nous-mêmes; nous sommes biologiquement et cérébralement des structures d'accueil... ». (6)

Paul CAUCHARD nous rend attentifs au fait que la cellule même possède la notion d'accueil, que la conception, la création d'un être vivant résulte d'une série d'accueils.

« L'homme au départ est un oeuf qui ne se définit pas par la possession d'un cerveau, mais par l'aptitude à en former un. Or, cette aptitude est dans la biochimie humaine des chromosomes de l'œuf. Il suffira d'une

(6) CAUCHARD (P) « l'accueil: Psychologie et éducation cérébrale de la réceptivité », Éd. Universitaires, 1971, p.16

(5) École Supérieure d'Enseignement Infirmier

*assimilation prodigieuse, d'un accueil d'éléments étrangers pour que la croissance permette la réalisation complète de l'individu. Mais il s'agit d'un accueil électif « régularisé » qui n'est pas simplement croissance, mais orientation et limitation de la croissance pour arriver à des organes harmonieux » (7).*

Ainsi, la notion d'accueil apparaît avant même que nous en ayons conscience et sera présente au plus profond de nous même, tout au long de notre vie.

Prenant l'exemple de la digestion, Paul CAUCHARD déclare que « *mangeant de la viande de bœuf, nous en faisons de la viande humaine* » (8). La décomposition protidique, qui sera suivie par une décomposition en acides aminés au cours de son trajet dans le tube digestif, aboutira à une intégration cellulaire des acides aminés dans la cellule. Celle-ci accueillera ces éléments étrangers mais qui correspondent à sa structure et lui sont nécessaires.

*« Prendre de l'étranger et en faire du sien, c'est cela l'accueil biochimique de la vie. La vie qui ne saurait exister indépendamment du milieu, est donc essentiellement une structure d'accueil. » (9)*

La cellule est un ensemble organisé et un lieu d'échanges dont dépend sa survie. L'accueil de la composition de son environnement sera sélectif selon ses besoins, ou imposé pour son équilibre, sa défense ou lors de son invasion. Ainsi nous retrouvons des notions d'acceptation, d'obligation, de nécessité, de rejet, présents également dans les relations humaines.

Considérant à présent l'homme dans son ensemble, nous nous intéresserons à la rencontre entre deux individus.

L'accueil est un acte relationnel. En fait, il est présent à tout moment de la journée. Qu'on l'exerce spontanément, de manière imprévue dans un couloir, ou lors d'un rendez-vous planifié, il peut être de durée, de contenu différents. L'accueil peut s'adresser à un individu ou à un groupe.

Devant des formes, aussi diverses, revenons à nous-mêmes pour nous demander : « hier, combien de fois ai-je accueilli quelqu'un ? ». « De quelle manière ? ». « Comment m'a-t-on accueilli ? ». Dans notre vie professionnelle ou privée, ce moment de rencontre avec l'autre, « que me révèle-t-il ? » « Quel intérêt, quelle importance lui ai-je accordé ? »

(7) Ibid p. 25

(8) Op. cit. p24

(9) Ibid p. 24

De ce premier contact et de ses premiers mots dépendra le choix réciproque du type d'entretien, de sa durée, et de lui découlera une opinion sur la personne. « *nous accueillons avec toute notre personnalité, c'est-à-dire avec les habitudes d'accueil prises dans l'enfance et qui sont constitutives de notre caractère* » (10). Notre comportement, avec nos aptitudes qui nous sont propres, nous individualisent et se trouvent être à la source même de l'accueil. L'importance de notre savoir être, de sa connaissance et de son contrôle est à prendre en compte. « *C'est plus ce que nous sommes qui est bénéfique à l'autre que ce que nous faisons ou disons. Ainsi est-ce dans la mesure où nous sommes apaisés et détendus que nous sommes apaisants et détendants* » (11). Notre image corporelle sera la première expression de notre disponibilité, de notre capacité à accueillir. La découverte physique de deux individus représente la première phase de l'accueil.

*« Pour accueillir, il faut être conscient et vigilant... Le cerveau est l'organe de l'accueil... » (12).* De par l'accueil commence la communication à autrui : c'est un moment de liaison, d'échange, une reconnaissance, et ce, quelle qu'en soit la durée. « *S'il faut savoir se taire et écouter, il faut aussi savoir parler, être soi-même, être vrai : l'accueil est un échange* » (13).

La qualité de l'accueil se situe aussi bien au niveau de sa capacité à accueillir, de l'image que l'on donne de soi, que de l'écoute de l'autre. « *Savoir accueillir exige de se reconnaître différents et de respecter cette différence. Il ne s'agit pas de devenir l'autre en reconnaissant sa supériorité, ni de le faire devenir nous-mêmes en affirmant la nôtre* » (14).

La manière de recevoir l'autre est la deuxième phase importante de l'accueil. « *Il s'agit de recevoir autrui, c'est-à-dire de le « voir » vraiment, par nos sens, tel qu'il est objectivement, d'accorder notre réceptivité objective à notre émissivité pour sortir de nos préjugés* » (15) car il faut bien admettre qu'à ce moment, si court soit-il, nous nous formons une opinion sur l'autre, de par son apparence.

Nul doute que cela demande une certaine « dose d'énergie » pour demeurer acceptant, réceptif, et offrir la même qualité d'accueil à chacun. « *Aujourd'hui nous sommes submergés par ce qu'il faut accueillir... Pour accueillir aujourd'hui il faut une technique*

(10) Ibid p. 112

(11) Ibid p. 121

(12) Ibid p. 16

(13) Ibid p. 15

(14) Ibid p. 112

(15) Op. cit. p. 113

*d'accueil, c'est-à-dire un contrôle de soi extraordinaire* » (16). Dans cette relation interpersonnelle, outre les problèmes liés à l'environnement (bruit, temps limité...), des obstacles d'ordre caractériel, de personnalité, peuvent apparaître.

Ces problèmes se révèlent extrêmement préjudiciables au niveau commercial, c'est pourquoi la formation et l'évaluation de l'accueil y ont toute leur importance. Par exemple, pour l'entreprise Nestlé, l'accueil reflète la sécurité et la qualité, dans le but de conserver la clientèle.

*« L'accueil idéal n'est pas celui qui uniformise, mais celui qui personnalise dans une différence à autrui »* (17).

Face à cette démarche si fréquente et importante dans notre vie professionnelle ou privée, qui se révèle complexe et fragile, celle-ci doit être réalisée de manière naturelle, spontanée, tout en étant structurée.

*« Accueillir est plus une façon d'être qu'une façon de se comporter à la demande. Curiosité, attention, disponibilité, art de vivre : tels sont les mots clé d'une philosophie personnelle »* (18).

Le contact s'exprime dans un regard, un sourire, un geste, un mot, un rayonnement apaisant et rassurant. Mais comme il est cité plus haut, cette rencontre humaine implique un engagement mutuel.

*« Accueillir, c'est avoir besoin d'être accueilli, ce qui est à la fois recevoir et être reçu dans l'acceptation mutuelle de ce que l'on est »* (19).

*« Si l'accueil réciproque manque ou n'est pas bon, il en résulte un déséquilibre, une souffrance inconsciente, source d'angoisse, d'irritabilité »* (20). C'est à ce moment là que revêt toute l'importance d'être sensible à l'accueil de chacun, pour réajuster, dès le départ, un malentendu en faisant preuve de tolérance, d'écoute, de créativité, d'attention, de disponibilité, afin d'établir un climat de confiance et permettre un échange serein dont les bénéfices se développeront par la suite.

L'accueil est un moment privilégié, particulier, unique, dont il faut favoriser le bon déroulement. Il est le préambule, l'antichambre à l'apparition des sentiments et

opinions de chaque protagoniste, qui confirmera ou infirmera ceux qu'ils s'étaient imaginés a priori.

L'accueil est le reflet d'un état d'esprit, d'une personne, d'une équipe, d'une institution. Il est à la portée de tous et pour que le bénéficiaire revienne à chacun... autant mieux donner pour mieux recevoir!

## 2.2 Les conceptions de l'accueil

### En soins infirmiers - théorie de soin

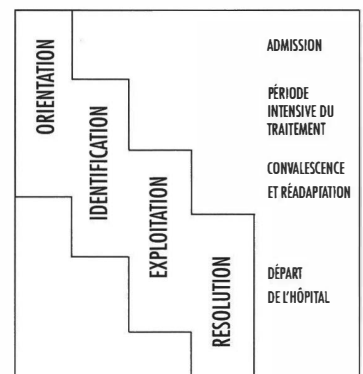
Je me suis intéressée à la théorie de soin de Mme Hildegard PEPLAU, qui a particulièrement développé l'accueil du patient, par l'intermédiaire du livre de Mme Rosette POLETTI « Les soins infirmiers : théories et concepts ». L'accueil est une démarche tout d'abord relationnelle.

*« La théorie de H. PEPLAU est essentiellement basée sur des concepts psychologiques. Elle est centrée sur des relations interpersonnelles. PEPLAU estime que les soins sont un processus éducatif, visant à un développement et une croissance. Elle a souligné l'importance capitale de la relation infirmière-patient en tant qu'instrument de choix pouvant être à l'origine de la guérison ou au contraire de la détérioration du malade hospitalisé. »* (21)

Au moment de l'accueil, la qualité de la relation ne peut malheureusement pas, constituer une garantie de l'évolution du patient vers la guérison. Mais je pense que c'est néanmoins à ce moment là, que s'établit un « contrat-confiance » entre le personnel et le malade, et par extension au niveau de l'institution. Il pourra par la suite être une ressource dans l'acceptation et l'évolution du traitement.

Hildegard PEPLAU, dans sa théorie de soin, définit quatre phases dans la relation avec le patient :

- l'orientation : l'admission
- l'identification : la période intensive du traitement
- l'exploitation : la convalescence et la réadaptation
- la résolution : le départ de l'hôpital



(16) Ibid. p. 130

(17) Propos recueillis dans l'émission « Envoyé Spécial » 17 avril 1997, France 2, reportage de Claude SEMPERE

(18) CAUCHARD (p.). op. cit. p. 126

(19) MOUSSARD (G). «Savoir accueillir dans un bureau, un magasin, un service public... », Éd. Le Centurion, 1980, p. 67

(20) CAUCHARD (P.), op. cit. p. 110

(21) POLETTI (R.), « Les soins-infirmiers : théories et concepts », Éd. Centurion, infirmières d'aujourd'hui, 1978, p. 44

Chaque phase est liée et a des proportions variables, comme le démontre le schéma ci-dessous extrait du livre de R. Poletti.

Dans le cadre de cette étude, nous allons uniquement nous attacher à explorer la phase d'orientation, liée à la notion d'accueil.

*«Les individus réagissent différemment à la maladie,..., mais dans tous les cas il y a :*

- une besoin qui s'est fait sentir, apparition d'un problème de santé
- une recherche d'assistance professionnelle.

*Cette recherche d'assistance sur la base d'un besoin ressenti est très importante pour la phase d'orientation. La façon dont l'infirmière entre en relation avec le patient au moment où il prend contact avec l'institution de santé diffère profondément au niveau de l'aide que le patient recevra. Comment l'infirmière offre-t-elle l'aide requise? L'accueil du patient varie-t-il avec son niveau de dépendance, avec l'heure à laquelle il arrive, avec son âge?*

*Cet aspect éducatif, qui est une richesse de la relation infirmière-patient est caractéristique de la théorie de PEPLAU. En effet, son but n'est pas seulement de soigner le patient mais de l'assister dans son développement » (22)*

*«Les besoins éducatifs du patient pendant la phase d'orientation : le patient veut trouver une signification à ce qu'il vit. Le rôle de l'infirmière est d'aider à ce processus de clarification. Durant cette phase l'orientation, quatre fonctions de l'infirmière se chevauchent :*

1. *Personne de ressource*  
fournit de l'information concernant le problème du patient et sa nouvelle situation
2. *Rôle de conseiller*  
aide à clarifier, écoute, accepte l'expression de ses émotions, de ses sentiments
3. *Rôle de substitut maternel (ou paternel)*  
permet au patient de revivre des situations passées et comprend que l'état de dépendance dans lequel il se trouve subitement puisse causer de nombreux problèmes. Elle aide à exprimer ses craintes et ses conflits.
4. *Rôle d'expert technique*  
sait manipuler des appareils et donner des soins complexes». (23)

(22) POLETTI (R.) op. cit.p.29

(23) Ibid p. 30

En jouant ces quatre rôles, un lien important se tisse dans la relation avec l'infirmière qui aura effectué ces étapes et deviendra, pour le patient une personne de référence, une intermédiaire avec laquelle, le contact sera privilégié, plus authentique.

*«Le fait d'identifier et d'évaluer les besoins du patient avec son aide est un acte très important; le patient prend conscience que sa guérison est aussi son affaire qu'il est partie prenante dans ce processus. L'infirmière a besoin de renseignements différents du médecin, d'où l'utilité de l'anamnèse en soins infirmiers nécessaire au diagnostic infirmier.*

*L'orientation est donc essentielle pour la participation du patient et l'intégration de l'expérience de la maladie dans sa vie. C'est la seule prévention possible contre la répression (au sens du « mécanisme de défense») et de la dissociation de l'évènement » (24).*

C'est en tenant compte des besoins du patient que l'infirmière présentera les étapes de l'hospitalisation selon les craintes, les désirs spécifiques de celui-ci (ex : l'importance du suivi de ses prothèses dentaires!), lui démontrant l'importance de son opinion, les contraintes liées à l'institution et l'effort fourni par chaque équipe de soins, pour que cette expérience soit pour lui la moins traumatisante possible et acceptée au mieux, malgré la peur et l'anxiété.

*« Dans la phase d'orientation il y a une prise de conscience de certains problèmes menant à l'expression de besoins et de sentiments. Il y a apparition de sentiments archaïques, réactivés par la situation et de sentiments nouveaux créés par cette même situation ». (25)*

*« Le problème de l'anxiété, devant la séparation, l'inconnu, la dépendance est aussi très important durant la phase d'orientation. L'un des moyens de diminuer celle-ci est l'utilisation de la reformulation, l'inviter à exprimer ses sentiments ». (26)*

La théorie de soin de Mme Hildegard PEPLAU nous amène à considérer la phase d'orientation, l'accueil, sous l'aspect émotionnel, relationnel et de l'information à donner au patient ou à recueillir et que nous allons à présent explorer.

L'accueil du patient est un soin infirmier à part entière.

(24) Ibid. p. 31

(25) Ibid p. 33

(26) POLETTI (R.), op. cit.p.31

## En milieu hospitalier

« L'infirmière a pour mission d'assurer l'accueil, et de ce temps qui est autant social, psychologique que médical, va dépendre pour beaucoup la tonalité de l'abord par le malade du monde hospitalier » (27).

L'accueil du patient convoqué pour une hospitalisation en chirurgie, sur avis médical, revêt un caractère particulier, du fait qu'il vient de son plein gré, après consultation et accord médical, pour se faire opérer, donc « agresser » corporellement.

« Le malade a l'attention hyper-aiguïlée sur l'espace dans lequel il entre car son espace corporel est à vif, sensitif, souffrant. Il ne faut pas s'imaginer qu'il soit centré sur son seul malaise ou symptôme et qu'il soit insensible au contexte. Au contraire, il est sensitif, réagissant et vulnérable. » (28)

Il va devoir découvrir un nouveau milieu, établir une communication avec des inconnu(e)s, se plier aux règles de l'Institution (heure des repas, des visites...), être dépendant, souffrir, demander, s'intégrer... Il sait que cet événement le fait sortir de son cadre de vie habituel, que c'est une étape, une rupture, une histoire qu'il va vivre, plus ou moins partager, et qui va le transformer, être une expérience de vie. L'infirmière peut, dès cet instant, présenter cette épreuve comme un apport de connaissances nouvelles, d'enrichissement et développer une facette de son rôle propre qui est l'éducation.

« Tout être qui en vient à faire quelque chose quitte, au moins provisoirement, le refuge où l'enserment les contours de l'être qu'il est, pour dépasser la limite de l'instant et s'aventurer dans un avenir... » (29) dans un hôpital, où il va devoir se laisser guider. Comme le décrit Guy MOUSSARD, durant les cinq premières secondes de l'accueil par un membre de l'équipe soignante, le patient peut se présenter avec des « réactions troubles inexplicables et qui ont pour cause cette « demi-révolte » contre la dépendance... Des tendances contradictoires existent parfois en nous, également prêtes à se manifester ».

Deux ressorts sont tendus dans deux directions différentes. La gammes de réactions possibles comporte des attitudes extrêmes tout à fait opposées : joie ou colère par exemple... les psychologues emploient un mot :

*l'ambivalence... Des détails infimes suffisent souvent pour que la joie l'emporte sur la colère ou inversement. Un sourire, un geste, une parole heureuse ou malheureuse. Un ressort part avant l'autre... la sérénité d'un entretien dépend dans une large mesure, du ton adopté pendant les premiers instants... c'est le « la » donné à un musicien » (30).*

Je ne sais donner meilleure image de ce moment précis.

La prise en compte des sentiments, l'attention portée à la communication verbale et non verbale, tout ceci devient alors primordial pour la personne et, est pour le personnel, souvent instinctif et réalisé selon sa propre sensibilité, son expérience, ses connaissances.

L'accueil à l'hôpital a aussi ceci de caractéristique : le patient se retrouve en position d'infériorité face aux « blouses blanches », à l'organisation. Selon Paul CAUCHARD, les connaissances, la compétence technique oblige à donner des conseils, ce qui rend la relation plus difficile : rapport de professeur à élève.

« Il faudrait plutôt une égalité de valeur humaine d'individus tous différents, progressant dans leur différence grâce au dialogue ». (31)

Enfin, il faut garder à l'esprit que « le malade est hypersensibilisé au rapport à autrui pour plusieurs motifs :

- Les modifications, la souffrance, l'angoisse font que se développe une intensification sensitive qui se répercute envers soi-même et envers autrui :
- Il devient dépendant d'autrui par les nécessités du diagnostic et du traitement.

À partir de là, un élément puissant de déshumanisation désoriente le malade, le consterne, le vitalise ou le déprime : le jeu rituel des masques qui se déroulent autour de lui dans le personnel médical ». (32)

Le but de l'accueil est d'établir une confiance mutuelle et sincère qui permettra une meilleure intégration et une acceptation des contraintes inévitables liées à l'hôpital et ce, dans la perspective d'un meilleur traitement et d'une amélioration de l'état de santé. Des consignes annoncées dès l'arrivée ne seront ainsi pas surprenantes, ni déstabilisantes. Prévenir, informer, éviter l'incompréhension, l'insécurité, et permettent d'appréhender l'inconnu, le futur proche.

« Il est important que le client sente cet esprit d'organisation, cette efficacité dans les méthodes de travail : cela rassure, met en confiance et de ce fait, cela traduit souvent le sérieux d'une maison » (33). « L'agent d'accueil,..., est une

(27) Prof.A.STEG « L'urgence à l'hôpital », 1989, in mémoire infirmier de T. DEGOT, École Ambroise PARE, 1996

(28) DUFOUR-GOMPERS (R.) « La relation avec le patient », Éd. Privat 1992, p. 75

(29) GLARDON (C.) « Du faire à l'être en passant par le dire », in Encyclopédie Philosophique Universelle 1990, p. 947, Éd. Loisirs et Pédagogie, 1996, p. 151

(30) MOUSSARD (G.), op. cit. p. 49

(31) CAUCHARD (P.), op. cit. p. 15

(32) DUFOUR-GOMPERS (R), op. cit. p. 67

(33) LAURENS (C.) « Améliorer l'accueil », Éd. d'Organisation, 1981, p. 57

technicienne de son entreprise, le client aura confiance dans la mesure où les réponses ou indications qui lui sont données seront affirmatives, assurées, exactes » (34).

Le patient doit dès le début se sentir attendu, par la connaissance de son nom, de sa pathologie, de ses antécédents, par la préparation de sa chambre, etc.

« Dans une vaste maison, l'accueilli doit être pris en charge, « géré » sans à-coups, sans incertitudes... Il est prêt à faire confiance, tant qu'on ne le déçoit pas » (35)

Outre l'importance de sa tenue, de son langage, des locaux, de l'ambiance, de sa disponibilité, le personnel soignant doit être à l'écoute de toute interrogation, pour éviter que le doute, l'incertitude engendrent ou augmentent des sentiments plus forts et difficilement « récupérables » que sont le stress, la peur, l'anxiété, l'angoisse, l'insécurité.

« Un accueil aidant n'est pas un simple bonjour, une discussion, une interrogation, un discours, une énumération de choses à faire. Un accueil aidant devrait avoir pour objectif, la compréhension de ce qui se passe pour le patient, la découverte de la manière avec laquelle il éprouve la situation » (36).

C'est pourquoi j'ai choisi de m'intéresser dans les deux sous-chapitres suivants, d'une part aux sentiments éprouvés par le patient à ce moment, et, d'autre part, à la consommation verbale et non verbale, ceci afin de mieux répondre à sa demande, ses préoccupations... pour mieux observer et donc mieux écouter. « Derrière les paroles les plus superficielles, il y a souvent une détresse profonde dissimulée : il faut savoir saisir la demande réelle, ce qui exige de savoir se taire, de refréner ses élans altruistes pour savoir écouter, laisser parler. Être écouté avec sympathie c'est cela l'essentiel de l'accueil » (37).

L'accueil est un soin à part entière qui a toute son importance et doit conserver sa place et son contenu, et ceci, malgré la charge de travail, l'action que l'on doit interrompre ou que l'on a prévue. Le temps d'attente du patient, le temps consacré à l'accueil, ne doivent pas être source de mécontentement, mais de participation à l'activité du service qui reçoit le patient, parce qu'il a été informé de la situation. De ce fait, nous revenons à l'aspect d'échange mutuel, de compréhension réciproque mais dont le seul support est la communication, action à priori non prise en compte dans l'image publique de « l'infirmière qui fait des piqûres ! » et dont pourtant elle

doit sans cesse se servir pour, entre autre, apporter son soin et en obtenir le meilleur résultat.

« La qualité de l'accueil traduit en général la qualité d'une entreprise : un accueil réussi dénote un fonctionnement sain, une organisation efficace, un état d'esprit agréable. Le premier contact du client ou du visiteur avec l'entreprise est fortement mémorisé et détermine très souvent l'opinion et jugement à l'égard de l'entreprise » (38).

L'accueil du patient par l'infirmière est une étape importante du déroulement de l'hospitalisation.

Selon ma propre réflexion, il pourrait se découper en huit phases décrites non chronologiquement :

1. Une phase préliminaire pour préparer l'arrivée du patient : cela commence par le contrôle de la préparation de la chambre, la lecture du dossier médical et une tenue vestimentaire irréprochable, un aspect physique soigné en cohérence avec l'hygiène hospitalière. L'état d'esprit doit être prêt à la rencontre, au « bienvenue » que l'on doit laisser paraître pour offrir dès les premières secondes un image accueillante et qui sera le reflet des mots.
2. Une phase de présentation par le nom, la fonction, l'échange bref d'informations vérifiant ainsi ses propres connaissances (nom, type d'intervention...) et démontrant au patient l'attention, l'attente de son arrivée de sa personne. Ici s'établit le début d'un échange ou seront présents l'observation et l'écoute. Il s'agit aussi de prendre en compte les personnes accompagnantes. L'infirmière deviendra alors une référence, un point de repère.
3. Une phase d'accompagnement où l'infirmière va guider le patient tout d'abord dans sa chambre en lui présentant les différents éléments qui la composent et leur fonctionnement (TV, téléphone, lit...), puis dans le service, afin qu'il repère les locaux qui lui seront dès lors familiers (douche, bureau des infirmières,...).
4. Une phase de récolte de données sur le vécu des jours précédents, sa propre compréhension du diagnostic, du traitement à venir, sur ses antécédents médicaux, ses habitudes de vie, ses médicaments habituels et ceux pris durant les dernières 24 heures, afin de rechercher déjà quels seront ses besoins fondamentaux perturbés, en s'aidant par exemple de la théorie de soins de Virginia HENDERSON, adoptée dans notre institution.
5. Une phase d'enseignement à travers laquelle les informations concernant le déroulement des périodes pré et post-opératoires seront chronologiquement expliquées, ainsi que la succession des actes du personnel soignant (distribution des médicaments, des repas, visite des médecins...), et des règles de sécurité concernant les cigarettes, les objets de valeur, etc.

(34) Idem p. 48

(35) MOUSSARD (G.), op. cit. p. 81

(36) ROGERS (C.) « Le développement de la Personne », Éd. Paris Dunod, 1967, p. 5

(37) CAUCHARD (P.), op. cit. p. 14

(38) LAURENS (C.), op. cit. p. 27

6. Une phase d'écoute, qui est de toute façon parallèle aux autres phases, mais où l'infirmière peut ainsi redonner au patient tout son équilibre face aux flots d'informations reçues, aux indications qu'il va devoir suivre, aux repères qui baliseront son chemin mais qu'il n'a pas encore testé. Il s'agit pour l'infirmière de laisser un temps de questions, de réponses, ou de les susciter, de définir les attentes du patient. Par leur reformulation, certaines questions ou problèmes pourront être élucidés afin d'éviter tout dérapage. Cela permettra une bonne évaluation de la situation. L'attention portée à (aux) accompagnant(s) sous forme d'écoute ou de questions peut également aider le patient à s'exprimer et donc à s'intégrer. Néanmoins il faut rester vigilant quant au temps de parole de chacun, permettant d'éviter tout débordement, envahissement, par l'accompagnement, qui alors, empêcherait le patient de s'exprimer.

7. Une phase d'assimilation me paraît nécessaire, où le patient pourra s'installer, prendre possession de son « domicile » temporaire et intégrer les informations reçues, s'imprégner de l'atmosphère.

8. Une phase de transition où l'infirmière fera ses premiers soins techniques (tension artérielle, pulsations, température, vérification de l'état de la peau...), confrontera les renseignements fournis par le patient avec la lecture du dossier et répondra aux questions.

### **En termes de sentiments**

« L'accueil proprement dit est le début du premier entretien : l'intention générale reste de créer la confiance et de faciliter l'expression. L'accueil est donc non seulement un « moment » mais une attitude et s'exprime dans la manière même d'entrer en relation et de faire entrer le client dans l'exposé de ce qu'il a à dire » (39).

Le choix des sentiments décrits est personnel, mais sont généralement évoqués dans la littérature.

### **La confiance**

Établir la confiance, tel est l'aboutissement de la relation lors de l'accueil, car elle engendrera des sentiments de sécurité, donc de confort, ce qui est important lorsque l'objet exposé est notre propre corps ! Que faire, face à ces gens qui vont nous interroger, nous toucher, nous transformer, nous aider, et qui en ont le pouvoir par leurs connaissances, leurs fonctions, leur présence en blouse blanche dans l'établissement ?

La confiance permet d'établir une communication sincère, d'être en accord avec la personne que l'on a en face de soi. Elle est la démonstration de l'acceptation du

soin, de la reconnaissance, de la compétence professionnelle. Il me semble que chaque soignant cherche à établir ce lien particulier avec chaque patient, ce qui permet de travailler en collaboration dans un climat de sérénité et de respect. Dans le Petit Larousse Illustré, la confiance est définie comme un « *sentiment de sécurité de celui qui se fie à quelqu'un, à quelque chose. Faire confiance à ; se fier à* » (40).

### **La Sécurité**

Anticipant son exposition à des gestes douloureux, agressifs (injections, intervention le lendemain...), le patient a besoin d'être sécurisé dans le temps et dans les actes. C'est en cela que le moment de l'information sur l'environnement, le déroulement des heures à venir, etc... est nécessaire. Cet instant démontrera au patient la connaissance et les aptitudes de l'infirmière ainsi que sa capacité à maîtriser les différents imprévus qui pourraient survenir. Au moment de l'accueil, ce sont par les paroles, les réponses à ses questions et à ses craintes, que le patient sera rassuré, sécurisé, avant que n'interviennent les gestes techniques adéquats.

Selon le Petit Larousse Illustré, la sécurité est décrite comme :

« *Situation dans laquelle quelqu'un, quelque chose n'est exposé à aucun danger, à aucun risque d'agression physique, d'accident, de vol de détérioration* ».

« *Situation de quelqu'un qui se sent à l'abri du danger, qui est rassuré* » (41).

Faire confiance et être en sécurité dès le premier entretien d'accueil aura pour conséquence la perspective de soins de qualité, ce qui est la principale requête de chaque personne hospitalisée. L'acquisition de ces deux sentiments par le patient ne pourra se faire que par l'intermédiaire du personnel soignant. D'autre part, cela diminuera une certaine appréhension face à ce changement soudain de statut, de rôle social, cette intrusion dans un milieu inconnu, qui a pour conséquence des manifestations de stress, de peur, d'anxiété, d'angoisse.

### **Le stress**

« *Le terme de stress est utilisé pour évoquer les multiples difficultés auxquelles l'individu a du mal à faire face (les événements stressants de la vie, encore appelés événements vitaux) et les moyens dont il dispose pour gérer ces problèmes (les stratégies d'ajustement)* » (42). La

(40) Petit Larousse Illustré, 1996, Éd. Larousse, p. 257

(41) Petit Larousse Illustré, 1996, Éd. Larousse, p. 926

(42) DORON (R.) - PAROT (F.) « Dictionnaire de Psychologie », Éd. Presses Universitaires de France, 1991, p. 652

(39) MUCCHIELLI (R.) « L'entretien face à face dans la relation d'aide » Éd. Sociales françaises, 1969, p. 50

manifestation clinique liée au processus physiologique se révélera par la présence plus ou moins importante d'une hypertension, d'une tachycardie, d'une dyspnée, de tremblements, d'un état d'agitation. La manifestation clinique du stress liée au processus psychologique se révélera par un questionnement important, des plaintes, de la méfiance, de la peur. Chaque personne gère différemment son stress et laisse paraître plus ou moins un de ces signes. C'est à l'infirmière de dépister ces éléments dès le premier contact afin de réduire, annuler ses manifestations, par le dialogue et l'échange, l'observation, l'anticipation.

### La peur et l'angoisse

Elles se manifestent par des réactions observables : abaissement des paupières, des sourcils, tremblements, pâleur, trac, retrait ou immobilité, dyspnée, tachycardie, sudation...

« La peur, ..., c'est l'angoisse désangoissée par la découverte d'une cause ». (43)

Dans le dictionnaire de psychologie précédemment cité, l'angoisse est définie comme « une peur sans objet ».

Selon J. FAVEZ-BOUTONNIER, « l'angoisse naît de la perspective et de l'attente du danger, même et surtout inconnu, alors que la peur suppose la présence et la connaissance du danger ». « L'angoisse serait de la sorte une disposition latente chez tout individu, une forme vide dans l'attente du contenu. Lorsque ce contenu est trouvé, c'est-à-dire lorsqu'un objet déterminé a capté l'angoisse flottante, celle-ci se change en peur » (44).

### L'anxiété

« Émotion engendrée par l'anticipation d'un danger diffus, difficile à prévoir et à contrôler. Elle se transforme en peur face à un danger bien identifié. Elle est souvent associée au comportement de conservation-retrait ou à des conduites d'évitement » (45). Selon Hildegarde PEPLAU « du moment que l'anxiété peut être induite dans des relations inter-personnelles »..., ce qui est le cas lors du premier accueil, ... « il faut être conscient que l'infirmière peut augmenter l'anxiété du patient en ne l'informant pas assez, en ne répondant pas à ses questions, en utilisant un jargon et surtout, en étant anxieuse elle-même, car l'anxiété est contagieuse ».

(43) MANNONI (P.) « La Peur », Éd. Presses Universitaires de France, Que sais-je ? 1982, p. 6

(44) MANNONI (P.), op. cit. p. 22

(45) DORON (R.) - PAROT (F) « Dictionnaire de Psychologie », Éd. Presses Universitaires de France, 1991, p. 45

De plus, elle distingue deux types d'anxiété :

1. « Lorsque l'anxiété est maintenue dans des limites raisonnables, elle peut être un élément positif en ce qu'elle mobilise les ressources de l'organisme pour lutter contre un danger inconnu. L'anxiété alerte l'individu et, de ce fait, il saisit un plus grand nombre d'aspects de la situation. S'il est aidé et qu'il peut expérimenter un renforcement de sa relation aux autres, les ressources du patient sont dirigées vers l'identification et la solution de la difficulté qu'il vit.

2. Lorsque l'anxiété devient importante, elle diminue la capacité de perception. Toutes les forces disponibles sont concentrées sur une zone très réduite : la difficulté ressentie, à l'exclusion de toute autre chose. Plus l'attention du patient se focalise sur une difficulté particulière, moins il a la possibilité d'utiliser ses expériences passées. Il découle de cela qu'une grande anxiété est un obstacle majeur à tout apprentissage » (46).

La lecture de l'ensemble de ces définitions révèle que des sentiments pouvant devenir intenses sont présents ou latents dans chaque individu. Chacun le gère selon son histoire, son passé, son acceptation à se trouver dans une position psychologique inconfortable. Reprenant la métaphore du ressort, il me semble qu'il faut également considérer que l'attente fait partie de l'accueil. En effet, après avoir effectué les formalités administratives, le patient attendra que l'on vienne le chercher. Il me semble que c'est à ce moment là surtout, que le ressort se met sous tension, que la pensée, l'imagination, la sensibilité, les sentiments, se développent dans la perspective d'avoir à affronter un monde inconnu.

La définition du mot « attendre », me paraît intéressante par les synonymes qu'elle fait apparaître, et nous révèle ce que l'attente implique pour le patient. Selon le dictionnaire le Nouveau Petit Robert de 1993, ce verbe a pour origine latine « tendere » « attendere » = faire attention. Fin du XI<sup>ème</sup> s. « attendre » = s'appliquer, aspirer à, s'occuper de.

• « Attendre quelqu'un, quelque chose : se tenir au lieu où une personne doit venir, une chose arriver où se produire et y rester jusqu'à cet événement. V. guetter

• Attendre quelqu'un, quelque chose : rester dans la même attitude, ne rien faire avant.

• ABSOL. Attendre = rester dans un lieu pour attendre, « attendre longtemps » = perdre son temps à attendre V. languir, se morfondre, patienter » (47).

(46) POLETTI (R.), op. cit. p. 41

(47) Nouveau Petit Robert, Éd. Le Robert, 1993, p 149

Ce dernier mot m'entraîne alors vers un autre concept : la patience dont la définition est éloquente :

« du latin *patiente*, de *pati* « souffrir » : 1 - vertu qui consiste à supporter les désagréments, les malheurs V. résignation, sang-froid. Prendre patience. Souffrir avec patience V. endurer, supporter, tolérer » (48).

L'attente et la patience sont donc deux qualités que le patient doit accepter avant même d'être accueilli par l'équipe soignante. Ce prélude à l'accueil doit rester à l'esprit de chacun car si la plupart des patients font preuve d'indulgence à ce moment là (cf. entretiens auprès des patients) la douleur, le bruit,... peuvent intensifier le besoin d'être pris en charge de plus en plus rapidement et conduire jusqu'à l'agressivité.

Sortant un peu du cadre de mon sujet, cette réflexion sur l'attente m'amène à considérer que ce mot est présent à tout moment chez le patient hospitalisé, augmentant ou signifiant ainsi sa dépendance, et ceci, quel que soit son jour d'hospitalisation. Le patient attend la distribution des médicaments, de son repas, la réfection de son pansement, la visite du médecin, et nous le faisons patienter parce qu'un service de soin est un lieu de vie en communauté, où le temps est organisé, où la plupart des actes sont planifiés et où les imprévus, le choix des priorités entraînant la non satisfaction du besoin dans l'immediat, peut paraître déconcertant lorsque l'on n'a fait qu'une simple demande... Cette réflexion m'entraîne vers une question : « la diminution de l'attente du patient, lors des différentes étapes de son hospitalisation, serait-elle un critère de qualité de soins ? »

### **En termes de communication**

L'accueil du patient est un moment court dans le temps, et intense en émotions. Le dépistage de celles-ci est à mon avis le premier aspect que l'infirmière doit prendre en compte, dès les premiers échanges, afin de mieux guider ensuite son entretien et faciliter l'expression du patient.

Lors de l'accueil, les outils de l'équipe soignante seront la communication non-verbale et la communication verbale, la recherche et l'éloignement de sources de blocage.

### **La communication non-verbale**

« Toutes les attitudes ont un sens direct, expressif. L'étonnement, la colère, l'agressivité, la peur, l'angoisse, l'agacement, l'exaspération... se traduisent non seulement dans les mots mais le plus souvent au-delà des mots, par le ton, par des mimiques, par des postures observables (serrer son sac...) » (49). C'est par le

regard surtout, l'ouïe, que le message va être en partie décodé et être plutôt dirigé vers un sentiment de confiance, de sécurité ou d'anxiété.

« Par son seul aspect extérieur, tout être humain transmet à son insu des « informations » qui doivent être captées par l'émetteur » (50).

Ces informations transmises par l'expression du visage, la tenue vestimentaire, donneront déjà des indices et une certaine représentation de l'institution, de même que l'infirmière se fera une première idée du caractère du futur opéré, de l'état d'esprit dans lequel il envisage son hospitalisation. « Avant toute parole, c'est l'impression globale de l'autre qui sera la première communication » (51).

Au niveau infirmier, l'accueil du patient débutera par une tenue vestimentaire, ainsi que par une hygiène corporelle propre, ordonnée qui sera le reflet d'un respect de soi-même, de son estime de soi, de l'importance accordée à la propreté, ce qui est de bon augure lorsque l'on connaît l'importance du risque infectieux en milieu hospitalier et ses conséquences. Selon Guy MOUSSARD, « l'importance de l'environnement, de sa tenue sont des détails d'ordre matériel, destinés à canaliser les gestes et les regards des usagers. Ils ont une influence capitale sur la bonne organisation et sur le climat de l'accueil. L'oeil aussi doit être accueilli ! (environnement, aménagement, indications écrites, tenue...) » (52). Les locaux, la tenue vestimentaire exprimeront l'importance accordée à l'hygiène.

L'étude de l'expression du visage, du corps, relève de la morphopsychologie, dont l'infirmière a quelque notion de par sa formation ou recherche personnelle. Des connaissances, par exemple, en Programmation Neuro-Linguistique (P.N.L) permettront de décoder les gestes, le regard, au cours de l'entretien. Le patient le fera, lui, instinctivement et portera son intérêt sur le visage et principalement sur le sourire. Selon le Dictionnaire de Psychologie, il est défini comme une « expression faciale d'un état de satisfaction. Cette mimique prend précisément une signification sociale » (53). Dans le Petit Larousse Illustré, il est une « expression riieuse, marquée par de légers mouvements du visage et en particulier des lèvres, qui indique le plaisir, la sympathie, l'affection, etc... Avoir le sourire : laisser paraître sa satisfaction, être content de quelque chose » (54).

(50) IANDOLO (C.) « Parler avec le Malade », Éd. Médecin Généraliste, 1996, p. 27

(51) DORON (R.) - PAROT (F.), op. cit. p. 104

(52) MOUSSARD (G.), op. cit. p. 73

(53) DORON (R.) - PAROT (F.), op. cit. p. 642

(54) Petit Larousse Illustré, Éd. Larousse, 1996, p. 69

(48) Ibid., p. 1608

(49) MUCCHIELI (R.), op. cit. p. 5

Ainsi doit se présenter le premier geste de l'accueil tout en étant naturel et spontané. Il exprime la bienvenue, la disponibilité à recevoir, à accepter et à encourager l'intégration de ce nouveau personnage, dans ce monde qui lui est inconnu et plein de sous-entendus (souffrance, règles...). C'est aussi en quelque sorte la première question que lui adressera l'infirmière, et la manière dont il lui répondra (sourire crispé, spontané...) ou non (visage tendu...), guidera l'entretien et le contenu des informations à donner. L'appréciation des traits du visage est une source importante de renseignements.

*« Le sourire n'est pas rire. Le sourire décontracte le visage, les yeux, le regard, et communique une impression d'attitude réceptive, aimable, à laquelle le correspondant va être sensible. L'écoute est plus grande, la compréhension meilleure, la réponse plus directe et plus claire » (55).*

Le vrai sourire me semble être à la base du visage ouvert à l'accueil. La contraction des muscles qui lui sont nécessaires agit sur l'ensemble : les yeux, la bouche, les joues, le front, la peau. Le visage est un lieu d'expression des émotions et informe l'autre des relations inter-personnelles.

Le mouvement du corps, les gestes, communiqueront également notre capacité à accueillir, donc à s'ouvrir à l'autre. Selon Mireille-Lucile LATOUR, « *le corps ne peut révéler que ce qui pré-existe, ce qu'il perçoit de l'autre et de soi* » (56). Cette citation me semble particulièrement intéressante dans le sens où elle inclut le passé dans le présent : le fait d'être interrompu lors d'un soin, de devoir le reporter dans le temps, de réorganiser sa planification entraîne la déception et demande beaucoup d'énergie, surtout lorsque cela se répète à plusieurs reprises dans la journée et que la charge de travail est importante!

La prise en charge du nouveau patient peut alors être modifiée et les gestes exécutés avec rapidité, nervosité. Sans précaution, sans remise en question de son rôle au moment de ce soin, « *nous répondons aux gestes avec une extrême vivacité et, pourrait-on dire, conformément à un cadre élaboré et secret qui n'est écrit nulle part, connu de personne, mais compris de tous* » (57).

Au même titre que l'infirmière adaptera son comportement au patient, l'inverse se produira : l'accueil étant une zone d'échange mutuel, fragile et sensible. Selon le déplacement du corps par rapport aux objets, à la

personne, selon notre attitude, la tonalité du séjour dans l'établissement peut être faussée. Une simple explication sur le passé proche, la situation dans l'unité de soin, peut suffire à dédramatiser la situation, permettre de réajuster son comportement et rassurer le patient qui pourra savoir et comprendre.

Le regard est aussi un moyen de compréhension : peut être fuyant, fixe, vague et être interprété selon des critères précis que l'on retrouve dans la P.N.L. C'est un moyen de renseignement « *Le regard donc, saisit le partiel, le total, le manque et l'avoir, l'intérieur, l'extérieur, l'espace, le temps, l'ouverture et la fermeture* » (58). En somme, le regard va recueillir l'ensemble des données non verbales que sont principalement, au moment de l'accueil :

- la tenue de la personne, des locaux
- le sourire
- les gestes

L'analyse de ces quelques éléments durant les premières minutes, et celles qui suivront aideront le patient à déterminer qu'elle est la disponibilité face à la demande en soins, à l'écoute de son vécu, en prévision des moments difficiles dus à l'intervention (douleur, immobilisation...), à la possibilité d'une communication inter-personnelle aidante où, la compréhension de la situation, l'écoute permettront l'établissement d'une communication harmonieuse.

Les différentes dimensions de la communication non-verbale, sont regroupées selon deux auteurs dans ce tableau :

Selon COOK		Selon ARGYLE
<b>Aspects statiques</b>	a) Visage b) Conformation physique c) Voix d) Vêtements, maquillage, coiffures; etc.	1. Contact physique 2. Proximité 3. Orientation 4. Aspect extérieur
<b>Aspects dynamiques</b>	a) Orientation b) Distance c) Posture, gestes et mouvements du corps d) Expression du visage e) Direction du regard f) Ton de voix	5. Posture 6. Signes de tête 7. Expression de visage 8. Gestes 9. Regard 10. Aspects non linguistiques du discours

Tableau issu, du livre « Parler avec le patient », Roger DUFOUR-GOMPERS, Éd. Privat 1992, p. 47

(55) LAURENS (C.), op. cit. p. 129

(56) LUCILE LATOUR Mireille, « Le Corps: rôle et parole », Éd. Chroniques Sociales, 1991, p. 76

(57) M. SAPIR extrait du livre de MOUSSARD (G.), op. cit. p. 31

(58) LUCILE LATOUR (M.), op. cit. p. 80

« celui qui écoute, regarde l'interlocuteur qui parle pour obtenir des informations visuelles qui complètent les informations auditives : les expressions du visage et les gestes commentent et illustrent ce qui est dit » (59).

Cependant des différences interculturelles existent, et peuvent être sources de problèmes, de gênes lors de la communication.

L'intervention de l'oreille, de l'écoute, suppose la présence du langage.

### La communication verbale

Selon Colette LAURENS « le rôle de l'agent d'accueil est :

- d'écouter le message du client
- de le comprendre
- de lui apporter les éléments de solution et dans certains cas, la solution elle-même.

Contrairement à la profession unique d'accueil, je pense que l'infirmière et le patient sont réciproquement émetteur et récepteur. Au moment de l'accueil, l'infirmière a autant besoin d'informations que le patient, qui a déjà reçu des renseignements lors de la consultation médicale et anesthésiologique pré-opératoire, sur son atteinte physique et son évolution souhaitée.

Soutenu par l'attitude non-verbale, le langage employé devra faire preuve de politesse, de contrôle de ses réactions, de discrétion, de réserve. Le ton, le son, devront être calmes et adaptés au patient (ex : si problèmes auditifs!), refléter la gentillesse et la disponibilité, être accompagné de mots de bienvenue. Pour confirmer cela, le patient sera attentif à l'importance que l'on accorde à l'écoute de ce qu'il a à dire et à demander. Il me semble que c'est un test qui le confortera ou non quant à l'opinion qu'il a du personnel soignant, sans avoir pu la vérifier véritablement!

Parallèlement au contenu de l'accueil présenté dans un sous-chapitre précédent, la forme verbale doit être équilibrée : même si l'infirmière possède généralement le temps de parole le plus long (informe, répond, pose des questions...) elle doit toujours laisser la possibilité au patient d'intervenir et d'exprimer son ressenti, sa compréhension, ses doutes. Souvent, les demandes ne sont pas clairement exprimées par la présence de sentiments comme la peur, l'anxiété, l'angoisse, le stress. Le patient est alors moins apte à faire connaître clairement ses demandes. En conséquence, l'infirmière ne doit pas seulement se limiter à ce qu'elle entend, à ce qu'elle observe, mais tenir compte de l'ensemble, ce qui comprend aussi une part d'analyse de ce qui est dit et vu, tout en anticipant. Là est toute la complexité de l'accueil.

(59) IANDOLO (C.), op. cit. p. 51

« Écouter ce que le patient dit, favoriser son expression, développer une communication aidante me paraît aller dans le sens d'une offre en soin de qualité » (60).

L'entretien est essentiel. Il ne suffit pas d'expliquer l'environnement, l'entourage, mais d'avoir un échange véritable. L'entretien va nuancer la première évaluation (non-verbale) de la personne, la perception spontanée de l'environnement, de l'ambiance. Il va dévoiler la naissance, la présence ou l'appréhension de sentiments importants et négatifs comme ils ont été décrits précédemment.

Il s'agit pour le soignant de décoder les mots, le ton, pour évaluer jusqu'à quel niveau le patient a besoin d'être rassuré.

Pour cela, il faut réserver au temps consacré à l'accueil, une place à l'écoute, ce qui implique un effort de compréhension, d'attention. Comme le définit Roger MUCCHIELLI, « l'écoute compréhensive est au même titre que la capacité d'observer ce qui se passe ici et maintenant, la clé de l'entretien d'aide..., ce qui compte dans l'écoute compréhensive, c'est évidemment de percevoir la signification vécue par le client » (61), son ressenti, sa capacité à nous accorder sa confiance. Désamorcer ses doutes, ses craintes, ses angoisses, ses préjugés, dès le premier échange est un atout considérable qui évitera par la suite une augmentation croissante du mécontentement du patient, qui sera plutôt à l'affût des problèmes qu'il rencontre que des solutions ou des bonnes intentions qui lui seront offertes.

« Le meilleur signe de l'attention du récepteur est offert par le feed-back, c'est-à-dire la transmission vers l'émetteur d'un feed-back ou gestuel prouvant que son message a été parfaitement compris » (62).

La reformulation de la demande, qui peut être verbalisée, ou inconsciente, permettra à l'infirmière de vérifier la bonne compréhension du patient, de ses attentes et si nécessaire d'établir des priorités dont elle lui fera part.

Le feed-back confirmera au patient qu'il a été bien compris, que l'on a conscience de ce qu'il demande, même si l'on ne peut apporter une réponse dans l'immédiat.

D'autre part, je pense que lors de tout échange avec un patient et donc également lors de l'accueil, l'infirmière doit faire preuve d'empathie qui est « l'acte par lequel un sujet sort de lui-même pour comprendre quelqu'un d'autre sans éprouver pour autant les mêmes émotions que l'autre » (63). L'effort apporté à l'écoute, à lui donner

(60) GLARDON (C.), op. cit. p. 164

(61) MUCCHIELLI (R.), op. cit. p. 17

(62) IANDOLO (C.), op. cit. p. 27

(63) MUCCHIELLI (R.), op. cit. p. 39

un sens permettra d'avoir un langage plus adapté et d'apporter ainsi des réponses personnalisées, professionnelles, compréhensibles et utiles.

« *Écouter, c'est aussi faire un effort conscient pour entendre; c'est-à-dire être en état de réceptivité. C'est prêter attention aux mots que l'on perçoit pour coder exactement le message de l'émetteur afin d'interpréter et de se préparer à y donner une réponse* » (64).

Dans cet espace-temps (explications-questions-réponses), c'est l'infirmière qui devra s'adapter à la forme de la communication avec un vocabulaire choisi, de par sa formation en communication, le respect de chaque individu, afin de mieux transmettre le contenu des informations à donner ou demandées, dans le but de faciliter l'intégration du patient.

La qualité d'un accueil ne se réduit pas seulement à la quantité de renseignements donnés. Même s'ils apportent des repères véritables et vérifiables qui baliseront le séjour du patient, il s'agit de découvrir la personne que l'on a en face de soi. C'est en cela que le vécu passé, proche ou immédiat exprimé par le patient peut nous aider à évaluer l'aide, le soutien dont il a besoin à ce moment.

Je me souviens de l'accueil d'un patient souriant dont les yeux étaient rouges, larmoyants, mais de forme rieuse. Ses gestes étaient calmes, sa voix claire, son langage rempli de politesse, de remerciements. Après lui voir expliqué son environnement, le déroulement des prochaines 48 heures, vérifié sa compréhension, je lui demandais son ressenti, sa préparation à l'opération. En fait, je lui demandais de parler. Derrière mes questions étaient dissimulés ces mots : « maintenant, je vous écoute ». Il me dévoila le décès récent de deux parents proches dans un bâtiment voisin et pleura. Ce chagrin, cette tristesse contenue, que seuls ses yeux avaient laissé transparaître, se libéraient tout à coup. Sans doute a-t-il ressenti une disponibilité, l'écoute que je pouvais lui offrir et, est-ce par mon attitude, mon aptitude à écouter ses mots, son visage, qu'il a senti que je voulais et pouvais le comprendre, le connaître. J'avais vu autre chose que ce qu'il voulait montrer et ce court moment fut le début d'une grande complicité tout au long de son séjour.

Peut-on généraliser, et dire qu'une relation d'aide commence dès l'accueil du patient à l'hôpital ?

Écouter et parler sont deux actions différentes, complémentaires et indispensables. Toutefois, l'échange, la recherche d'informations, de part et d'autre, implique une attention continue : pour cela, il faut quelque fois faire abstraction de nuisances externes (bruits,

odeurs...) ou internes (préoccupations personnelles professionnelles...) sources de blocages de la communication.

### Les obstacles

« *Accueillir, nous pensons uniquement que c'est donner, mais on ne donne que ce que l'on a reçu accueillir c'est donc d'abord recevoir, écouter, accepter l'autre* » (65).

Lorsque nous accueillons des amis, cela nous est facile d'appliquer ces trois concepts, qui par ailleurs sont plus ou moins instinctifs. Mais dans un cadre professionnel, nous ne choisissons pas la personne que nous accueillons, ni le lieu, ni le moment. Il nous faut faire face à :

- des contraintes externes :
- le bruit (par ex. présence de visites du voisin de chambre), le temps (durée limitée car surveillance d'un opéré), les imprévus (aller répondre au téléphone, à un patient très algique...)
- des réflexions internes : l'apparence physique, l'âge, le sexe, le statut social, l'ethnie, qui conduiront à des préjugés, des stéréotypes.
- « *des variables « historiques » : moment vécu par chacune des deux personnes en présence :*

1. *l'idée que chacun se fait à l'avance de l'entretien.*

*Le premier entretien est très important car il prend inévitablement une valeur de modèle pour le sujet.*

2. *Les réactions affectives immédiates : sympathie, antipathie* (66) que l'on peut raccorder à la communication non-verbale.

Selon Guy MOUSSARD, voici d'autres exemples d'obstacles à l'accueil qui me paraissent importants :

- *difficulté à se mettre dans « la peau de l'autre »*
- *« l'agacement accumulé devant des attitudes désinvoltes ou considérées comme incorrectes*
- *l'exaspération devant des interlocuteurs ignorant des conceptions que nous estimons évidentes*
- *l'accoutumance à certains types de situations et le traitement mécanique des problèmes qui en résultent* » (67).

À cette liste qui peut s'appliquer à beaucoup de lieux d'accueil, il me semble que le savoir, la connaissance, peuvent être une source d'obstacles à la communication,

(64) LAURENS (C.), op. cit. p. 103

(65) CAUCHARD (P.), op. cit. p. 110

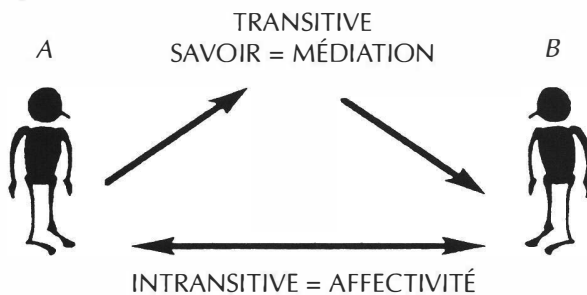
(66) MUCCHIELLI (R.), op. cit. p. 24

(67) MOUSSARD (G.), op. cit. p. 6

surtout à l'hôpital. En effet, il peut dévaloriser, inférioriser le patient. Le ton, les mots choisis pour présenter, expliquer, doivent être employés de manière à vulgariser le savoir. Ils seront révélateurs dans l'acceptation des différences et mettront les échanges sur un plan d'égalité.

Selon M. Jean-Gilles BOULA, enseignant en sciences humaines à L'ESEI, «dans une relation entre deux individus socialement différents, il s'établit :

- une relation intransitive qui correspond à l'affectivité spontanée, immédiate
- une relation transitive qui correspond à la vulgarisation du savoir, à la médiation, à la prise en compte de l'affectivité » (68).



Le savoir de l'accueillant doit s'adapter aux connaissances de l'accueilli, afin de démontrer et établir une compréhension bilatérale de la situation vécue à ce moment précis, et sur la suite de l'hospitalisation. Ainsi, le patient aura accès à la connaissance de ce que l'on va lui faire, pourra donc mieux exprimer son ressenti au moment de l'accueil puis tout au long de son séjour. Cela permettra au soignant de mieux adapter ses actions et d'agir en grande collaboration avec le patient.

« Accueillir c'est recevoir. Il s'agit donc de voir et d'écouter, de savoir se taire, de sortir de soi-même, y compris de son altruisme égoïste visant à donner de « bons conseils » et à se mettre à la place de quelqu'un qu'on ne connaît pas et qui ne nous demande inconsciemment que d'être là, une oreille attentive, un sourire » (69).

Communiquer, c'est d'abord accueillir.

En résumé, lors de l'accueil à l'hôpital, la communication permet :

- la découverte du ressenti, de la compréhension, des attentes du patient, de sa personnalité avant la présence de la douleur, de la dépendance, du handicap.
- d'établir une relation inter-personnelle et interactive dont le but est d'obtenir la confiance et de répondre au besoin de sécurité. C'est un entretien personnalisé, individualisé, dirigé mais pas directif où l'adaptation, le réajustement du comportement de l'infirmière, du patient au contexte, doivent s'établir de manière harmonieuse. Dès les premières secondes, la tenue, le sourire, le geste, le regard, montreront la disponibilité à recevoir. Puis les mots, la politesse, la gentillesse, la discrétion, l'écoute, l'expression orale claire et compréhensible, le contrôle de ses réactions, l'attention, l'anticipation seront des indices, des qualités instinctivement perçues par le patient. L'accueil du patient par l'infirmière permet de faciliter son intégration, de le guider, de le rassurer dans son nouveau cadre de vie, son nouveau statut social.

Lors de l'accueil, notre image corporelle sera notre première expression, notre premier geste. Puis viendront les mots, qui montreront notre manière de recevoir. Pour le patient, c'est le premier test et donc la première évaluation de l'infirmière, de l'équipe soignante, du service, de l'hôpital. Au terme de ce chapitre, ainsi se définit ma conception de l'accueil.

### 3. CONCEPT ET ÉTUDE SUR L'ACCUEIL DANS D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS.

Avant d'étudier la conception de l'accueil à l'Hôpital Orthopédique, il m'a paru instructif d'aller rencontrer des représentants d'établissements au statut différent : le service d'orthopédie-traumatologie d'un centre hospitalier, et le service de chirurgie d'une clinique privée. D'autre part, des études sur l'accueil y avaient été réalisées. Elles sont succinctement exposées ici en termes de méthodes et résultats. J'ai choisi de rencontrer des ICUS, pour leur participation au sein des équipes soignantes, et leur rôle dans le maintien de la qualité des soins. Chaque entretien semi-directif a eu lieu dans un local isolé et les réponses obtenues étaient notées par moi-même. Les guides d'entretien étaient adaptés à chaque institution, même si les thèmes étaient identiques, de manière à faciliter la comparaison, l'appréciation. Outre la conception de l'accueil, il m'a semblé intéressant de découvrir, dans l'application, quel était le déroulement, les problèmes rencontrés, les propositions d'amélioration, l'exploration de l'opinion des patients. La similitude des thèmes abordés avec les

(68) Propos recueillis lors du cours « Mécanismes et fonctions des différentes natures des conflits et leurs effets dans les équipes de travail » à l'ESEI, le 9 juin 1997

(69) CAUCHARD (P.), op. cit. p. 114

questionnaires pour le personnel de l'Hôpital Orthopédique pourraient faire penser à une étude comparative, ce qui n'entre pas dans le cadre de ce travail. C'est seulement dans un souci de rechercher la représentation dans le vécu que j'ai dirigé mes questions sur leur expérience quotidienne.

Mon déplacement vers un hôpital de zone résulte de la lecture d'un article concernant la conception de l'accueil, à travers une étude réalisée par son Directeur. Les études sur l'évaluation de l'accueil dans ces différents établissements sont exposées, et comprennent le résumé de la méthode utilisée et des résultats. À la fin de chaque entretien, l'interviewé était libre d'approfondir sa pensée. Personne n'a tenu à garder l'anonymat.

### 3.1 Le service d'orthopédie-traumatologie d'un centre hospitalier

Il fut représenté par l'ICUS, dont voici retranscrit l'essentiel des propos. Ayant abordé le thème de l'accueil pour la rédaction de son mémoire en fin de formation infirmière, elle fut très intéressée de répondre à mon guide d'entretien.

#### **Le concept d'accueil :**

C'est accueillir dans un nouveau lieu de vie avec ses règles imposées, son organisation, ses nombreux visages et leurs différentes fonctions. C'est un soin agréable, plaisant, car il permet d'aider la personne à s'installer dans un nouveau lieu de vie. L'arrivée à l'hôpital est un moment de stress. Un bon accueil permet de se sentir bien, de ne pas se sentir perdu.

Cet établissement dispose d'un formulaire « *normes et critères de fonctionnement* », sur l'attitude du personnel. La politique d'accueil du service est d'être accueillant, c'est-à-dire souriant, ne pas montrer son stress, établir un lien de confiance, dédramatiser la situation en faisant un accueil également hôtelier « regardez la vue sur le lac...! ».

#### **Le déroulement :**

Le colloque de service a lieu à 14h15. L'arrivée des patients se situe vers 15h. L'infirmière rencontre le patient devant le desk accompagnée de l'hôtesse d'accueil. Elle se présente puis montre le couloir, la chambre et son contenu, les locaux communs. Ensuite les informations données concernent les heures de repas, l'heure opératoire, le passage de l'anesthésiste et des chirurgiens, les soins pré et post-opératoires. Le recueil des données regroupe les habitudes alimentaires, les handicaps, les désirs, les constantes biologiques (tension artérielle, pulsations, température). Les transmissions sont

faites oralement entre les infirmières du matin et du soir, et manuscrites dans le dossier de soins.

L'accueil peut être fait par des aides-infirmières. Elles accompagnent le patient dans sa chambre, montrent les lieux, donnent quelques informations (heures de repas, sonnette,...). Puis elles transmettent à l'infirmière qui prendra le relais. L'accueil est plutôt réalisé par des aides-infirmières anciennes qui ont reçu des informations à l'arrivée par l'ICUS, l'infirmière d'encadrement ou par des collègues. Cela fait partie de leur cahier des charges.

#### **Les problèmes :**

En général aucun, sauf l'attente qui résulte d'une surcharge de travail et qui est expliquée au patient. Si l'attente dépasse les dix minutes, l'ICUS va chercher l'infirmière ou fait l'accueil. La présence de chambre à cinq lits peut être une source de difficulté au niveau de la communication.

#### **Les propositions d'amélioration :**

- Au niveau de l'Institution : réduire l'attente entre l'heure de convocation et l'heure d'arrivée à l'étage.
- Au niveau du service : accueillir le patient vers 15h30-16h, afin d'avoir plus de disponibilité.
- Au niveau du personnel : proposer l'accueil à des personnes qui ont un comportement plus convivial, ou qui ont plus de temps.

#### **L'exploration de l'opinion des patients :**

L'ICUS rend visite à chaque nouveau patient et le questionne sur les premières heures vécues dans le service. Elle obtient ainsi un feed-back direct qui lui permet de réajuster. La qualité de l'accueil est d'autre part vérifiée par les questionnaires de sortie. Chaque mois, un résumé est remis dans chaque service. Les réponses sont résumées par thème. L'étage qui les représente, n'est pas cité. Si le questionnaire est très négatif, il est renvoyé à l'étage concerné. Malgré le manque de temps, l'accueil est apprécié.

#### **Étude de satisfaction :**

Ces propos ont été vérifiés par une enquête en 1996, portant sur l'avis de 1330 patients hospitalisés au CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois). Grâce à des lettres de rappel, le taux de réponse aux questionnaires de sortie fut de 68 %, contre 2 % habituellement! Parmi les meilleurs scores figure l'accueil, « *jugé agréable par plus de 90 % des patients* » (70).

(70) « enquête 1996 auprès des patients du CHUV », in revue Le bloc-notes des hospices cantonaux vaudois, bulletin d'information interne, numéro 15, mars 1997, p. 1

L'analyse des résultats par service, et le dépouillement des commentaires spontanément ajoutés conduiront à des améliorations.

Lors de la question « libre », l'ICUS a approfondi le concept de l'accueil : c'est un rôle important pour l'infirmière. Il fait partie de son rôle propre. L'aspect extérieur, le ton de la voix, doivent aider le patient à se sentir bien, être rassuré. C'est une étape importante, qui a une notion de convivialité « accueil dans notre maison... afin de vivre ensemble ». Le patient doit avoir l'impression d'être attendu : la préparation de la chambre est très importante.

### ■ 3.2 Un service de chirurgie d'une clinique privée

Ayant appris la création d'un groupe de travail sur l'accueil, dans cet établissement, j'eus un entretien avec l'ICUS, membre de ce groupe, qui accepta de répondre à mon guide d'entretien. Elle m'exposa le contenu de l'étude dont le cadre était la qualité de l'accueil de la personne hospitalisée, entrant le matin même de l'intervention.

#### Étude de l'accueil :

La motivation de cette démarche provient d'une frustration manifestée par les infirmières, ayant pour cause le manque de temps qu'elles ont à disposition, pour accueillir et préparer le patient, qui est convoqué moins de deux heures avant l'heure prévue de l'intervention.

Un groupe de travail de six personnes des unités de soins ont dirigé leur enquête en trois parties :

- un brain-storming, qui a permis de dégager les priorités : apporter confort et sécurité.
- l'analyse de vingt questionnaires distribués aux patients, dont les thèmes étaient le temps d'attente, le premier contact avec l'infirmière, l'état d'inquiétude, les informations reçues, l'aménagement de la chambre, les autres attentes du patient et son degré de satisfaction.
- l'observation de l'accueil dans le service d'hospitalisations ambulatoires.

Le résultat de cette étude permit entre-autre l'élaboration d'une liste de principes à respecter pour un accueil rapide de qualité, et démontra que le premier contact avec l'infirmière était satisfaisant, que « *les attentes des patients semblent plus en lien avec le comportement des infirmières* » (71). (chaleur

(71) groupe de travail, évaluation de la qualité des soins, « Dossier : l'accueil », in revue Journal de la Source, numéro 3, juillet-Août 1997, p. 8

humaine, gentillesse, sourire, rassurant, être humain, être aimable, avoir de l'humour). Le degré de satisfaction était de 85 %. Enfin il me semble intéressant d'ajouter le seul résultat sur l'évaluation de la qualité de l'accueil par rapport au temps, qu'il m'a été possible d'obtenir au cours de mes recherches. Il ressort donc que « *la qualité de l'accueil n'est pas forcément proportionnelle au temps à disposition. Nous avons montré que trente minutes (+ ou - dix) étaient nécessaires* » (72).

Il m'a paru intéressant d'exposer la démarche et le résumé des résultats correspondant à mon sujet, même si le cadre de référence n'était pas tout à fait identique, mais où les préoccupations étaient similaires.

#### Le concept d'accueil :

L'ICUS considéra que ce soin allait au-delà du premier contact et devait rester présent en chacun tout au long de l'hospitalisation. C'est montrer que le patient est attendu « à bras ouverts », c'est être chaleureux, être clair avec ce que l'on va faire, avoir la maîtrise de la journée (pour faire ressentir la sécurité), être attentif aux besoins, aux craintes, aux demandes, montrer de la disponibilité (même si le temps manque), prendre en considération la personne qui accompagne. C'est un soin qui est primordial et dont le patient garde un souvenir très fort. L'infirmière qui a fait l'accueil est une personne de référence pour le patient. L'ambiance régnant au sein de l'équipe se reflète dans l'accueil et est perçue par le patient. C'est un moment privilégié et à privilégier.

Le concept d'accueil de la Clinique tient compte de ces deux dimensions : confort et sécurité. Un bon accueil permet au patient de se sentir rassuré, d'avoir une satisfaction relationnelle. Dans le cahier des charges de l'infirmière, récemment élaboré selon les nouvelles prescriptions de la Croix-Rouge Suisse, l'accueil n'est pas un mot cité mais regroupe les qualifications-clés demandées.

#### Le déroulement :

Même s'il n'y a pas d'heure imposée, les patients arrivent en général vers 15h30, pour les entrées de la veille de l'intervention, le colloque de service ayant lieu à 13h. L'infirmière du soir les accueille dans le hall d'entrée, puis se réfère aux principes résultant de l'étude précédemment citée. Les informations sont transmises par écrit dans le dossier de soin, et par oral aux changements d'équipe.

(72) groupe de travail, évaluation de la qualité des soins, op. cit. p. 9

### **Les problèmes :**

L'ICUS éprouve un sentiment de déception, car elle ne peut rendre visite (par manque de temps) à chaque patient dans les premières heures. D'autre part, le patient arrive souvent sans ses documents, avec peu d'informations médicales.

### **Les propositions d'amélioration :**

- Au niveau de l'Institution : établir une liste d'informations que le patient recevrait à domicile, continuer à stimuler les médecins à donner plus d'informations lors de la consultation pré-opératoire.
- Au niveau du service : rencontre du patient par l'ICUS dans les premières heures.
- Au niveau du personnel : aucun. Tout le monde accorde de l'importance à ce soin.

### **L'exploration de l'opinion des patients :**

Pour évaluer la satisfaction des patients quant à l'accueil, il arrive que l'ICUS s'entretienne avec eux au cours de l'hospitalisation et obtienne ainsi un feed-back direct. Elle lit les annotations dans le dossier de soins et exerce une surveillance visuelle, indirecte et discrète quant au comportement de l'infirmière vis à vis du patient. Les questionnaires de sortie sont remis au patient systématiquement, puis sont rendus au service correspondant. La satisfaction des patients, qui est ressortie de l'étude, a provoqué une motivation et une dynamique, un engagement plus important des infirmières.

Lors de la question « libre », l'ICUS me dit que l'accueil était un soin global dans le sens où il faut également intégrer la ou les personne(s) accompagnante(s), en leur donnant des informations, en leur posant des questions, et en leur laissant la possibilité d'en poser.

## **3.3 Un hôpital de zone**

C'est durant le dernier trimestre de l'année 1995, que le Directeur de l'Hôpital a organisé une série de rencontres avec l'ensemble de ses collaborateurs sur le thème de l'accueil et de la communication. Il résuma cette expérience dans un article de la revue *Hôpital Suisse*. Par l'intermédiaire d'exercices, de jeux de rôles, cela entraîna des réflexions et une récolte de 400 idées relatives à l'accueil ! L'absence de structures de relais ne permit pas l'application de l'ensemble mais, la connaissance du fonctionnement des autres secteurs provoqua une meilleure collaboration pluridisciplinaire.

Le Directeur dégagait quatre thèmes importants :

- la psychologie de l'attente : Surestimer le temps d'attente et prévenir le patient, occuper les gens, éviter les injustices.

- la loi des services : « *la loi des services fondamentale à connaître, pour bien accueillir, dit que la satisfaction du client ne vient pas du service qu'il reçoit mais de la différence entre ce qu'il s'attend à recevoir et ce qu'il a le sentiment de recevoir* » (73). Il faut informer, expliquer de façon réaliste, prévenir le patient de ce qui est possible ou non.

- l'attitude intérieure positive : maîtriser le stress pour mieux accueillir.

- le langage positif : éviter d'utiliser un jargon hospitalier que le patient reçoit comme une dévalorisation, une blessure.

Impressionnée par le nombre des idées recueillies, intriguée par la démarche employée, intéressée par l'analyse de l'accueil et voulant obtenir plus d'informations spécifiques aux unités de soins, je sollicitais une entrevue avec le Directeur de l'Hôpital, dont voici l'essentiel des propos.

### **Le concept d'accueil :**

Il doit permettre l'intégration de la personne. C'est une forme de reconnaissance, d'existence de la présence de la personne qui arrive. Afin de montrer son attention, des signes verbaux (« bonjour ! », formule d'accueil, langage courtois...) ou non-verbaux (vue,...) sont utilisés. L'évidence d'un bon accueil, c'est : le sourire, la propreté des locaux, tenir compte de la personne, être ponctuel. La première impression est superficielle et extérieure, mais c'est elle qui va créer ou non la confiance qui est le sentiment particulier, recherché dans un hôpital. Celui-ci a un aspect social lié à l'hygiène hospitalière. Et, malgré l'importance accordée aux locaux et à leur nomination (les admissions sont devenues le bureau d'accueil), la tenue vestimentaire est le reflet de professionnalisme ou de désinvolture. Il faut gagner la confiance grâce à un ensemble, tout d'abord visuel, qui aidera le patient à établir sa propre impression. Selon Jann CARLSON, ancien PDG de SAS (compagnie aérienne) : « c'est un moment de vérité ». La première impression n'est pas rattrapable, même s'il y a une recherche et une explication à la réclamation. C'est un événement symbolique qui peut entraîner le doute, le discrédit de l'hôpital.

### **L'enquête hospitalière :**

Il est intéressant de relever que le Directeur a élaboré ses ateliers (50 % d'informations sur l'accueil, 50 % de recueil d'idées), deux mois après son accession à son

(73) STAINES (A.) « Accueil et communication : encore des progrès » in revue *Hôpital Suisse*, numéro 3, 1997, p. 20

poste. Cela lui a permis de créer un contact avec tous les membres du personnel. Après une première rencontre avec les cadres, les réunions furent composées d'un mélange hiérarchique. Ainsi, partant du principe que « tout est lié, que l'accueil est un sujet à tiroirs », des problèmes d'organisation de service, de personnel, de bâtiments, de matériel se révélèrent, d'où l'abondance d'idées, de propositions d'amélioration. Celles-ci me furent communiquées verbalement, rapidement sans possibilité de les divulguer. Elles n'ont pas été détaillées, selon le critère de confidentialité fixé dès le début des rencontres. Chaque service a bien pris en compte certaines idées, d'autres furent traitées en urgence puisqu'elles se rapportaient à la qualité de soins prioritaires. Et puis, le simple fait d'informer permet de résoudre spontanément les problèmes, les comportements. « Les dysfonctionnements sont photodégradables : vous les mettez à la lumière et ils disparaissent ! » De CLOZET.

Malgré une frustration quant à la gestion du stock d'idées, l'absence de vérification des critiques, ce travail se révéla, passionnant, enrichissant, créa une source de contact, une ouverture à la relation humaine, avec un impact qu'il mit en relation avec une augmentation de 25 % d'activité, dans le semestre suivant cette sensibilisation. Ceci est d'autant plus important pour un petit hôpital qui, pour exister, se développer, rivaliser, doit offrir des prestations de qualité. L'augmentation de la prise en compte de la dimension humaine par l'accueil est une carte à jouer.

Lors de la question « libre », le Directeur mit l'accent sur la nécessité d'avoir un langage positif et compréhensible au moment de l'accueil, de manière à ne pas dévaloriser, ainsi que sur l'attente du patient qui est souvent disproportionnée, ce qui réclame informations et explications de la part du personnel soignant.

\*

#### 4. PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE HOSPITALIÈRE

Après avoir choisi mon sujet d'étude sur l'accueil du patient par le personnel soignant, à l'Hôpital Orthopédique, je me suis instinctivement dirigée vers la lecture des questionnaires de sortie. Surprise par le peu, voire l'absence de commentaires, malgré certaines appréciations négatives, je décidais de recueillir les informations nécessaires à l'analyse de la situation par un contact direct avec les personnes concernées, afin d'obtenir un contenu plus riche, plus représentatif.

#### 4.1 Entretiens auprès du personnel soignant

Compte-tenu des conditions de réalisation de ce mémoire, cinq personnes furent interrogées :

- Une ICUS
- Deux infirmières, anciennement et nouvellement diplômées
- Deux aides-infirmières, anciennement et nouvellement engagées

Les entretiens semi-directifs étaient basés sur des guides d'entretiens spécifiques à chaque catégorie professionnelle mais les thèmes étaient communs afin de mieux distinguer, comparer les intérêts, les opinions, les difficultés et les propositions de chacun. Ces entretiens ont été réalisés avec discrétion pour le respect de l'anonymat.

#### 4.2 Entretiens auprès de cinq patients

Le choix du nombre me fut indiqué par mes responsables de formation, et c'est au cours d'une réunion sur l'orientation de mon travail qu'il nous parût important que je puisse m'entretenir avec des patients répondants aux limites de mon sujet, (patients convoqués la veille de l'intervention), et arrivant au terme de leur hospitalisation, afin de mieux garantir l'anonymat, de ne pas craindre d'éventuelles répercussions, et donc favoriser un recueil le plus proche possible de la réalité. Le laps de temps entre l'accueil et la sortie fut la cause de manque de faits précis, les patients ayant plutôt retenu l'impression générale que la personne, le geste, le contenu de la communication. Les entretiens semi-directifs étaient basés sur un guide d'entretien identique pour chaque patient. Ils incluaient une estimation du stress à leur arrivée, à l'aide d'une échelle inspirée du VAS (Visual Analogic Scale).

#### 4.3 Étude des questionnaires de sortie et des statistiques

Les questionnaires de sortie sont présents dans chaque livret d'accueil que le patient reçoit à domicile, quatre à six semaines avant l'hospitalisation, accompagné de la lettre de convocation. L'étude des résultats était mensuelle et annuelle jusqu'en décembre 1996. À présent, elle est réalisée trimestriellement. La secrétaire de l'administration, s'occupe du relevé, de la conversion en note de 0 à 5, puis en pourcentage. L'infirmière-

chef, consulte les résultats et relève les commentaires, qui sont ensuite communiqués aux ICUS lors des colloques journaliers. Chaque questionnaire retourne à l'étage concerné où il est classé à la disposition des équipes.

Je me suis intéressée :

- aux résultats chiffrés et aux commentaires positifs et négatifs de janvier à décembre 1996, afin de connaître les attentes, les difficultés rencontrées par les patients.
- au nombre de patients présents chaque mois, afin de rechercher une corrélation entre la charge de travail supposée, et la qualité de l'accueil évaluée par les patients.

#### ■ 4.4 Évaluation du temps d'attente du patient

Suite à une sensibilisation à cet aspect de l'accueil, à son influence lors d'une expérience personnelle, j'ai sollicité la collaboration des secrétaires aux admissions, leur demandant de chronométrer le temps entre l'appel téléphonique à l'étage, et l'arrivée de la personne chargée d'accueillir le patient. Cette enquête s'est déroulée sur deux semaines au mois de mai et deux semaines au mois de septembre, car la première récolte de données ne semblait pas révélatrice selon l'avis des secrétaires, malgré un anonymat total au niveau des services de soins !

#### ■ 4.5 Observations directes de l'accueil des patients

Je me suis limitée à l'observation de trois accueils sur les conseils de l'enseignante, responsable de la formation Clinique à l'ESEI :

- l'un avec une aide-infirmière suivi d'une infirmière
- les deux autres avec une infirmière

J'ai utilisé la grille d'évaluation élaborée par Terry Breuil, Micheline Ribaut, et Jacqueline Sonnet, qui ont consacré un chapitre de leur livre (74), sur l'accueil d'un patient dans un service de soins. La grille d'évaluation n'a pas été présentée à la personne observée de manière à obtenir un recueil brut, sans influence, sur la réalisation d'un accueil.

Afin de respecter l'anonymat des personnes observées, mais pouvant être identifiées par la présence de l'ICUS et de collègues, j'ai réalisé deux observations sur un

(74) BREUIL (T.), RIBAUD (M.), SONNET (J.), « Vade-mecum de l'évaluation de la qualité », Éd. Lamarre, 1994, p. 47

même étage. Chaque personne a été libre de refuser « l'expérience ».

Dès l'annonce à l'étage de l'arrivée du patient, j'ai suivi l'aide et, ou l'infirmière. Après m'être présentée, je remplissais la grille d'évaluation puis présentais l'objet de ma présence à chaque patient, après le départ de l'infirmière, en précisant bien que je n'avais rien noté sur ce qu'ils avaient dit. C'est à ce moment là que l'accord du patient fut demandé.

Dès la première observation, je fus gênée par l'absence de critères concernant les informations sur le déroulement des prochaines vingt-quatre heures, la recherche d'informations sur le ressenti de la personne, sur la représentation de son intervention, de son hospitalisation, sur l'attitude de l'observée.

## 5. SYNTHÈSE ET ANALYSE DU RECUEIL DE DONNÉES

### ■ 5.1 Synthèse des entretiens auprès du personnel soignant

Avec l'ICUS

#### Formation à l'accueil :

Par respect pour l'anonymat, cette partie ne peut être décrite.

#### Concept de l'accueil :

C'est un moment important. Il faut établir un lien de confiance, que le patient se sente bien, qu'il puisse poser des questions. Il faut montrer qu'on est là pour lui.

L'infirmière chargée de l'accueil sera la personne de référence en période pré et post-opératoire. À travers sa présentation, un petit recueil de données, elle vise à mettre en confiance. Un mauvais accueil peut provoquer le sentiment d'une mauvaise hospitalisation. S'il y a surcharge de travail, l'ICUS effectue l'accueil du patient. Mais elle considère que cela est un des rôles privilégiés pour l'infirmière, qui a un suivi direct de l'hospitalisation et sert de référence, ce qui facilite la communication. L'ICUS aimerait accueillir plus souvent car, c'est à ce moment là que l'on apprend le plus de choses sur le patient, parce que l'entretien s'effectue sous la forme de discussion.

### **Formation du personnel :**

La nouvelle infirmière est encadrée pendant trois jours avec une infirmière référente, durant lesquels elle reçoit des informations. Le sujet de l'accueil est abordé systématiquement avec la première infirmière. La formation des aides-infirmières est faite par l'infirmière avec laquelle elle travaille. Il y a quelques années, un cours spécifique sur ce thème leur avait été donné.

### **Déroulement :**

En rencontrant le patient aux admissions, il faut se présenter par son nom et sa fonction, et, en regagnant l'étage, poser quelques questions pour mettre en confiance. Ensuite, il faut présenter l'étage, les locaux communs, la chambre, aider à ranger ses affaires, expliquer le déroulement de l'après-midi, donner l'heure de l'intervention, lui demander s'il a des questions à poser. Après la visite des médecins à 17 h, il faut revoir le patient pour vérifier sa compréhension.

Les transmissions sont notées dans le dossier de soins, et s'il y a lieu sur la feuille spécifique au recueil de données. Les transmissions orales sont faites à l'infirmière de nuit. Si l'accueil est effectué par une aide-infirmière, c'est parce que l'infirmière n'est pas disponible. Dans ce cas, elle doit se présenter, montrer les locaux, la chambre, aider à l'installation, expliquer pourquoi l'infirmière ne peut pas venir pour l'instant. Spécifiquement, elle s'occupe des repas, en informant des heures et en recueillant le choix des menus.

### **Problèmes :**

L'ICUS estime l'arrivée du patient trop tardive. Celui-ci se présente actuellement entre 14 h 30 et 15 h 15, heure à laquelle débute le colloque de service. L'arrivée de plusieurs patients contraint l'infirmière à gérer un espace-temps qui est trop court. De plus, l'accueil étant effectué par l'infirmière du soir qui reçoit également les opérés du jour, cela implique une diminution de sa disponibilité à l'accueil du futur opéré, pour privilégier la sécurité du patient revenant de la salle de réveil. L'ICUS évalue le temps nécessaire à consacrer au premier contact à 15 minutes, puis un deuxième entretien de 30 à 45 minutes. Le problème de l'accueil des patients à 7 h 30, pour être en salle d'opération à 8 h 10 est également soulevé, mais ne relève pas de cette étude.

### **Propositions d'amélioration :**

- Au niveau du personnel :

il faudrait réactualiser l'accueil, insister sur l'importance de ce moment pour le patient, même au person-

nel ancien, valoriser les aides-infirmières lors d'un cours. Les infirmières devraient essayer de faire un recueil de données plus important, mais le manque de temps justifie leurs priorités.

- Au niveau de l'Hôpital :

l'heure de convocation devrait être modifiée. L'heure idéale, pour une bonne prise en charge du patient, serait entre 13 et 14h. Une augmentation de la dotation en personnel dans la tranche horaire 13-15h serait souhaitée.

### **L'exploitation de l'opinion des patients :**

L'ICUS se présente le premier jour, puis effectue des passages pendant l'hospitalisation. Elle recueille notamment leur avis en servant les repas, et en les installant. C'est pour elle un moyen de surveillance discret du personnel sur la qualité des soins. D'autre part, le patient est plus ouvert, plus spontané, plus vrai, si l'on effectue un acte. L'ICUS effectue aussi une surveillance visuelle « dans le couloir ».

Les questionnaires de sortie sont lus et les commentaires sont discutés lors du colloque du service à 15 h 15. S'il y a un problème, cela permet l'auto-critique.

Selon l'ICUS, la qualité de l'accueil est satisfaisante, même si elle peut encore être améliorée.

Lors de la question « libre », il lui semble que l'accueil est meilleur lorsque la charge de travail est importante, ce qui est également le cas quant à la qualité des soins en général !

### **Avec deux infirmières**

#### **Formation à l'accueil :**

Elles ont eu des informations au cours de leurs études, puis lors de lectures sur les soins pré-opératoires, la douleur... À l'Hôpital Orthopédique, elles ont eu une formation succincte, puis au fur et à mesure de leurs expériences. Lors de l'introduction d'une nouvelle collègue :

- l'une donne peu d'informations (car supposées être données lors de la journée d'accueil organisée par l'Hôpital), puis réajuste au fur et à mesure.
- l'autre donne des informations sur les formalités administratives, le protocole des données médicales à récolter.

#### **Concept d'accueil :**

L'hospitalisation est une source d'angoisse, d'égarement. Pour pallier cela, il faut, par une attitude personnelle adéquate, mettre à l'aise, en confiance, ce qui

peut alors être synonyme de « bien soigner ». S'approcher de la personne, répondre aux demandes, conduire, réceptionner, prendre en charge, faire connaissance, informer, montrer le service en globalité, être à l'écoute, faire un premier processus de soins infirmiers, seront des actes adaptés au patient, grâce à l'observation qui permettra de dépister le caractère, le comportement verbal et non-verbal.

C'est un soin plaisant, agréable. Le premier contact permet de rechercher la psychologie du patient, son comportement, ce qui aura une influence par la suite. Par cette première vision, elles décèlent le caractère, la personnalité (confiant, secret, exigeant...), la raison du stress, de l'agitation (besoin d'informations,...). Leur disponibilité face à l'accueil varie selon la fatigue, la charge de travail, le temps à disposition. La notion de temps, de durée consacrée à l'accueil, est un des critères de qualité.

### **Déroulement :**

Avant de descendre aux admissions, elles prennent connaissance du nom du patient. Elles se présentent et se préoccupent des bagages, même s'il y a des accompagnants. L'entretien commence dès l'ascenseur : « êtes-vous déjà venu? ». Ensuite il y a une présentation du service, de la chambre (lit, sonnette, armoire, téléphone,...). Une des infirmières quitte à ce moment-là le patient, pour aller lire le dossier, préparer le dossier de soins et lui permettre de s'installer. Puis de même que sa collègue, elle présente l'organisation des repas, s'assure de la connaissance du type d'intervention prévue, explique le déroulement des soins jusqu'à l'intervention, questionne sur les habitudes de vie. Ces deux derniers points sont plus ou moins approfondis selon le temps disponible. La prise des constantes biologiques (tension artérielle, pulsations, température), la surveillance de l'état de la peau, les questions concernant les allergies, les médicaments habituels et l'annonce de la visite médicale à 17 h, sont systématiques.

Si le patient a été accueilli par une aide-infirmière, elles se présentent, s'assurent de la présentation des locaux, de la chambre, de son équipement, des menus car cela est fait différemment selon chacune. Si besoin, l'infirmière complète les informations et reprend les éléments cités ci-dessus. Les deux infirmières estiment qu'il y a une bonne collaboration avec les aides, avec de temps en temps, des transmissions orales.

### **Problèmes :**

- Dans la gestion du temps : lorsque l'anesthésiste, ou deux patients arrivent en même temps, lorsque la charge de travail est importante, plus ou moins d'informations sont délivrées. Le recueil de données sur la personne varie également.

- La corrélation entre l'arrivée du patient et le colloque de service oblige à déléguer ce soin aux aides-infirmières. Il s'en ressent une frustration du premier contact.

- Répondre aux demandes d'informations médicales sur le pronostic après l'intervention.

### **Propositions d'amélioration :**

#### **Au niveau infirmier :**

garder le sourire même si l'on est débordé!

#### **Au niveau du service :**

accueillir les patients de 13 à 14h, pour plus de disponibilité, et mieux « digérer » l'entrée. En attendant la visite des médecins, le patient pourrait mieux s'installer, ou profiter de se « changer les idées » à la cafétéria

#### **Au niveau de l'hôpital :**

faire accompagner le patient jusqu'à l'étage, ce qui permettrait à l'infirmière de perdre moins de temps, d'avoir moins l'impression d'abandonner le service, ses soins. Envoyer une lettre d'informations à domicile sur la gestion de la douleur à l'Hôpital Orthopédique (mais cela n'entraînerait-il pas une augmentation du stress avant l'opération?), sur les médicaments personnels et documents, vêtements à apporter.

Lors de la question « libre », l'une est revenue sur les différentes formes d'accueil concernant le contenu, variable selon les aides-infirmières déléguées. L'autre a conclu que l'accueil dépendait du patient : certains étant anxieux, ont seulement besoin d'informations et d'autres, plus expressifs, en viennent même à aborder d'autres sujets de discussion comme la météo!

### **Avec deux aides-infirmières**

#### **Formation à l'accueil :**

Des informations leur ont été données par des personnes plus anciennes et de même catégorie professionnelle.

Elle se sont faites une idée de l'accueil d'après des expériences personnelles (elles-mêmes ou des proches), en utilisant les remarques faites au cours des colloques (ex : vérifier le nom et le prénom,...), en ayant de l'intérêt pour leur profession, et selon leur éducation.

#### **Concept d'accueil :**

L'hospitalisation est une source d'angoisse, de peur, d'inquiétude décelée dès le premier contact. Il faut avoir une attitude personnelle qui mette à l'aise, avoir confiance en soi, sourire, se présenter, expliquer, plaisanter. Et puis, il faut observer afin de « voir » la peur, l'inquiétude, l'angoisse ou la confiance selon l'attitude de la personne, de la famille, des questions posées.

C'est un soin qui est très apprécié car c'est un changement d'activité dans la journée : Elles aiment effectuer le premier contact, pour offrir leur aide, se faire apprécier, faire le guide, « montrer ce que je sais ». Il s'établit un contact privilégié tout au long de l'hospitalisation : souvent cela crée un rapprochement avec le patient, mais quelque fois aussi la déception par un changement d'attitude, de caractère à cause de la douleur ou de la dépendance. Quelque fois, elles rappellent au patient ce moment, qui lui a été difficile, et le transforment en sujet de plaisanterie.

### **Déroulement :**

Cela commence par la préparation de la chambre dont la composition varie selon l'aide-infirmière. Après avoir pris connaissance du nom et du numéro de la chambre, elles vont au bureau des admissions. Elles se présentent et proposent leur aide pour les bagages. Dès l'ascenseur, elles posent des questions, puis présentent la chambre (numéro, vue sur le lac!...) La présentation du service n'est pas systématique. La démonstration de tout ce qui compose la chambre est réalisée, mais la présentation des menus, des horaires de visites, du choix de l'eau varie selon les personnes. Les informations données sont : de ne pas sortir de la chambre, l'infirmière va passer dans les dix minutes (!), puis les médecins viendront. Très souvent les patients posent déjà des questions à propos des médicaments, etc... Par respect de leur statut ou le manque de connaissances, elles leur demandent de soumettre la question à l'infirmière.

Les transmissions sont orales, et systématiques si elles ont eu des informations concernant les allergies, la remise de papiers administratifs. Autrement, elles donnent le dossier médical à l'infirmière en disant, « il est là ».

### **Problèmes :**

Les différences de préparation de la chambre et sa présentation, sont très souvent la source de tension entre collègues, d'oublis d'informations involontaires. Les deux aides-infirmières relèvent le peu d'écoute qui leur est accordé. Alors, elles n'insistent pas, sachant que le patient finira par donner la même information à l'infirmière au cours de leur discussion.

D'autre part, l'heure d'arrivée du patient correspond souvent à l'heure du colloque. L'ICUS désigne alors une aide, qui en manque une grande partie. Elles évaluent la durée de l'accueil à vingt minutes. Enfin, devant la mauvaise connaissance des informations données par l'infirmière, l'aide se trouve alors désemparée, si elle intervient après celle-ci.

### **Propositions d'amélioration :**

#### **Au niveau des aides-infirmières :**

Désire de se mettre d'accord entre elles pour un même accueil sur le fond et la forme.

#### **Au niveau du service :**

connaître leur complémentarité, si l'accueil a été fait par une infirmière.

#### **Au niveau de l'hôpital :**

changer l'heure d'arrivée des patients (16 h 30, pour l'une, car présence de deux aides sur l'étage, et avant 15h pour l'autre, car les patients veulent souvent aller à la cafétéria avant la visite des médecins). Améliorer la décoration autour du bureau des admissions.

Lors de la question « libre », l'une a relevé la surprise des gens face au confort dès l'entrée dans la chambre (couleur des locaux, télévision...), l'autre aide-infirmière a remis l'accent sur l'importance de la tenue de la chambre, et son intérêt pour l'accueil après avoir voulu faire une formation d'hôtesse de l'air...!

## **5.2 Synthèse des entretiens auprès de cinq patients**

Lors de l'établissement du guide d'entretien, j'ai choisi de le diviser en trois parties :

### **La préparation à l'hospitalisation**

Je me suis intéressée à leur préparation personnelle au niveau psychologique et au niveau de leur organisation matérielle, afin de mieux comprendre l'origine de leurs sentiments au moment de l'accueil par le personnel soignant.

Pour la majorité des patients interrogés, il s'agissait d'une première hospitalisation à l'Hôpital Orthopédique. Une personne n'avait jamais été hospitalisée. L'appréhension de l'hospitalisation s'est traduite :

#### **en termes de sentiments négatifs par :**

- L'anxiété, le stress, la peur du sang, des piqûres (donc de la douleur), de l'hôpital
- La peur de l'anesthésie et de l'intervention
- La peur de l'anesthésie seulement (2x)
- La peur de dépendre des autres

#### **et en termes de sentiments positifs par :**

- La confiance envers le chirurgien, établie lors de la consultation où les informations ont été clairement données et comprises (4x)

- Le contentement à la perspective du soulagement de la douleur présente depuis plusieurs mois (2x)
- La détente

Chacun a pu organiser sa vie professionnelle, familiale, correctement et surtout progressivement. La date de la convocation leur parvient quatre à six semaines auparavant. L'échelle du stress a varié de 0,5 à 8! En détail...

1 personne était à 0,5 :

confiance et bonne organisation, aucun moment difficile

2 personnes à 2,5 :

soulagement de la douleur grâce à l'intervention, moment difficile depuis la date de la convocation par soucis de l'anesthésie (renseignements auprès de l'entourage), moment difficile jusqu'à l'arrivée dans le service où le personnel a été rassurant (peur de la dépendance)

1 personne à 6 :

peur de l'anesthésie, de l'opération, moment difficile lors de l'attente de l'opération « dans mon fauteuil à la maison »

1 personne à 8 :

peur de la douleur, stress, anxiété qui a provoqué une hypertension artérielle dépistée lors de la prise des contrôles. Moment difficile lors de l'attente de l'intervention.

**Le déroulement**

Il m'a semblé utile de poser quelques questions sur la période « pré-accueil immédiat » qui concerne l'attente, le moment où « le ressort se tend ». Le délai d'attente entre les formalités administratives et l'arrivée d'une personne soignante varie de 0 à 15 minutes. Cela n'a pas posé de problèmes à ces patients, à noter qu'ils n'ont reçu aucune explication. L'opinion concernant le lieu de l'attente est :

- par deux fois, satisfaisante
- pas « très chaud »
- absence de journaux récents
- rencontre de gens sympathiques et qui passent en disant « bonjour! »

Lors de l'arrivée de la personne chargée de l'accueil, il est important de remarquer que le nom est quelquefois cité mais jamais la fonction. La proposition d'aide à porter les bagages est systématique.

La préparation de la chambre est jugée satisfaisante par l'ensemble des patients interrogés.

La présentation de la chambre et du fonctionnement de son matériel a eu lieu à chaque fois. La proposition de déposer des objets de valeur n'est, en revanche, pas systématique.

Les informations concernant les prochaines 24 heures, l'organisation du service sont variables :

Deux patients ont jugé les informations insuffisantes et ont dû attendre deux heures et plus avant de les obtenir, sans explications, excuses de l'infirmière. Enfin, une seule personne ne s'est pas vue proposer d'aide pour installer ses affaires.

L'attitude de l'accueillant(e) était décrite comme :

- agréable – aimable sans fausse sympathie –
- confiante – encourageante – souriante –
- calme – gentille – sympathique

Cela s'est manifesté par l'observation du visage, du ton de la voix, du sourire, des bijoux (!), par l'instinct, le choix des mots et la manière de les dire (« on sent tout de suite»). L'impression d'être attendu, le fait d'être appelé par son nom.

Dans l'ensemble, peu de questions ont été posées aux patients qui alors, ont pu en poser et ont reçu une réponse. Le plus souvent, la personne sortait en ajoutant « si vous avez besoin, si vous avez des questions, vous pouvez sonner! ».

Le livret d'accueil a été lu par chacun mais à différents moments (à domicile, lors de l'entrée à l'hôpital).

**L'évaluation**

Chacun a été satisfait d'un accueil correspondant à leurs attentes, qui étaient :

- par deux fois, être appelé par son nom
- sentir que j'étais attendu
- attitude rassurante, aimable, accueillante
- le sourire, la bienveillance
- « expliquer, faire comprendre » que ce n'est pas compliqué, par des paroles aimables et donc rassurantes
- dire le nécessaire sur la préparation, l'intervention et le lendemain, mais c'est au personnel de « sentir » si la personne a besoin de plus de temps pour comprendre.
- l'infirmière ne doit pas faire peur, ne pas brusquer
- ce qui compte, ce sont les soins et un peu de gentillesse
- notion de réciprocité dans l'échange : « le personnel

était gentil, alors j'ai été gentil! » sont les propos d'un patient qui a attendu aux admissions, puis a reçu des informations deux heures après son installation!

- l'infirmière doit mettre en confiance, être agréable, souriante : « c'est un accueil identique à celui que j'ai eu »!

Les problèmes rencontrés sont :

1. le manque d'informations concernant l'anesthésie
2. le délai trop long entre la convocation (entre 13 h et 14 h 30) et la visite de l'infirmière à 16 h, ayant entraîné une augmentation du stress, propos relevés par un patient ayant eu 8 sur l'échelle du stress.

Les propositions d'amélioration concernent :

- la convocation des patients à 16 h
- la mise à disposition des livrets d'accueil et de journaux actualisés sur le lieu d'attente, utiles après les formalités d'admission.

Lors de la question « libre », certains patients sont revenus sur leur sentiment : peur de dépendre des autres, atténuée par un personnel rassurant lors de la préparation, l'absence de peur de la souffrance car présence d'une douleur importante avant l'intervention. D'autres m'ont révélé leur opinion sur leur hospitalisation : très bien, veut revenir, très contente, surprise en bien, et plus particulièrement sur l'équipe, qui essaie toujours de trouver une solution, qui fait preuve de sympathie, de gentillesse. Enfin, après avoir eu une prothèse totale de hanche, celle-ci a été représentée, comme équivalente à un plombage dentaire!

### 5.3 Étude des questionnaires de sortie et des statistiques :

J'ai tout d'abord relevé les commentaires négatifs présents dans les 276 questionnaires de sortie reçus, de janvier à décembre 1996, dont voici le compte-rendu :

- les opinions +/- sans commentaires concernaient trois questionnaires
  - peu ou pas de parole, heureusement que j'étais accompagné
  - certaine tension ressentie par un surplus de travail
  - trop pressé
  - pas très accueillant, présent, motivé
- Deux propositions étaient formulées :

1. retarder l'heure d'entrée
2. informer de la possibilité d'aller aux soins continus

Après avoir effectué les entretiens auprès de cinq patients et m'interrogeant toujours sur leurs attentes sur une plus grande échelle, j'ai décidé de reprendre la lecture de tous les questionnaires afin de dégager cette

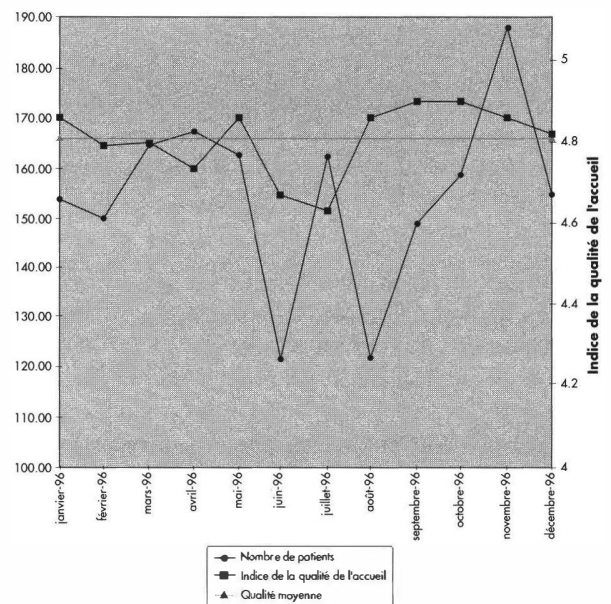
fois, les commentaires positifs, ce qu'ils avaient attendu et reçu. La liste fut plus longue :

- gentillesse, sourire, calme, compréhension et dévouement sont les mots qui ont été notés par deux fois.
- agréable
- compétence, capacité professionnelle
- patience, prendre son temps
- accueil avenant et entouré « comme une parente »
- source de détente
- chaleureux
- sympathie
- personnel charmant
- dimension humaine très bien sentie
- reflète une bonne impression d'ensemble

Ce relevé m'a permis de constater qu'une idée immédiate sur la compétence professionnelle du personnel soignant était détectée dès les premiers instants, de même que sa répercussion sur l'opinion de l'hôpital dans son ensemble.

C'est en m'adressant à la secrétaire de l'administration, que je pus obtenir la moyenne des notes attribuées pour l'année 1996, concernant l'accueil dans les unités de soins. Devant cette liste de chiffres, je décidais de dresser un graphique afin de mieux visualiser l'évolution de la qualité de l'accueil sur une année. Le PRN (Projet de Recherche en Nursing), outil d'évaluation de la charge en soins, n'étant pas présent à ce moment là, j'ai superposé le nombre de patients présents censés représenter la charge de travail, seul indice à disposition. Une troisième ligne, figurant la moyenne des notes attribuées à l'accueil durant l'année 96, fut ajoutée pour servir de base et mieux apprécier les fluctuations par rapport à un résultat obtenu.

**Tableau comparatif des notes attribuées par les patients en fonction de l'effectif de ceux-ci**



La moyenne de retour des questionnaires de sortie est de 14,85 %, la note moyenne de l'année 1996 concernant l'accueil dans les unités de soins s'élève à 4,81 sur 5. L'ensemble des notes est à nuancer, par le fait qu'il comprend également, l'évaluation des parents des enfants hospitalisés en pédiatrie.

Ce tableau montre que la qualité de l'accueil n'est pas en relation avec le nombre de patients. En effet, c'est en novembre que leur nombre fut le plus élevé, sans que cela n'affecte la qualité de l'accueil évaluée par les patients, puisque la note est de 4,86, ce qui est proche de la note la plus élevée de l'année.

L'analyse de ces deux courbes nous permet de constater qu'à trois reprises, la qualité de l'accueil, telle qu'elle est évaluée, est un peu plus basse que la moyenne, alors que le nombre de patients est :

- dans un premier cas, le plus faible de l'année, et,
- dans les deux autres cas, en augmentation, par rapport au mois précédent. L'hypothèse d'une diminution du personnel à cause de maladies ou de vacances peut être formulée, réduisant ainsi la disponibilité, la consécration d'un temps nécessaire à un bon accueil.

Il ne semble donc pas que le nombre de patients soit directement relié avec la qualité de l'accueil ressentie par 14,85 % des patients. Pour mettre à l'épreuve cette hypothèse, il me faudrait établir les corrélations entre l'évaluation de l'accueil, et la charge de travail infirmière, ce que je n'ai pas fait dans le cadre de ce travail.

#### 5.4 Évaluation du temps d'attente du patient

Après le recueil de la durée d'attente du patient en minutes, entre la fin des formalités administratives et l'arrivée d'un membre de l'équipe soignante, j'ai effectué une moyenne sur deux semaines.

Il s'est révélé ainsi que :

- au mois de mai, les patients ont attendu en moyenne 4 min 10. Il est à noter cependant que, l'attente la plus longue fut de 18 min 30 et qu'une mauvaise transmission au niveau de l'équipe avait obligé la secrétaire à rappeler le service concerné.
- au mois de septembre, les patients ont attendu en moyenne 2 min 15. L'attente la plus longue fut de 6 min car l'équipe de soins était en colloque.

L'expérience durant cette période de l'année et les bons résultats obtenus ne sont pas représentatifs dans la

mesure où la charge de travail, et le nombre de patients étaient réduits du fait de l'absence de chirurgiens et de la prévision de la fermeture du bloc opératoire pendant une semaine. Peut-être aurait-il mieux valu réaliser ce test au mois de juillet ou les mois suivants...

#### 5.5 Trois observations directes de l'accueil du patient

Les trois observations se sont déroulées alors qu'il n'y avait pas de surcharge de travail et en dehors du temps consacré au colloque. D'autre part, deux observations ont eu lieu le dimanche car il m'était impossible de me libérer durant mes heures de travail. Ainsi, l'infirmière avait toute sa disponibilité pour accueillir le patient. Une personne a utilisé le polycopié sur le recueil de données du cardex durant l'entretien. Afin de respecter l'anonymat, je ne peux décrire le résultat de chaque

a. les points positifs	b. les points négatifs
la période pré-accueil a été mise à profit pour étudier le dossier médical (nom, diagnostic antécédents, traitement...)	la présentation de la chambre est incomplète (sonnette, lumière, TV...)
il n'y a pas eu d'attente du patient	la vérification de la compréhension du fonctionnement des éléments de la chambre n'est pas prise en compte
des formules de politesse sont employées	les heures de visite de la famille, des médecins, des repas ne sont pas communiquées
une aide est proposée pour le port des bagages	la vérification concernant la possession d'affaires de toilette n'est pas faite
la préparation de la chambre est complète et propre	il n'y a pas d'explication du jour opératoire
la présentation des placards, des WC et du lavabo de la chambre est faite	la transmission entre aide et infirmière et inversement, n'a pas eu lieu
la présentation du déroulement de la soirée est faite	
la présentation du service est faite	

observation. Néanmoins, voici les critères positifs et négatifs retrouvés dans la majorité des cas, c'est-à-dire deux fois sur trois, selon les critères de la grille d'évaluation employée.

Tous ces points sont un relevé des trois observations, et ne peuvent en aucun cas être appliqués en globalité aux personnes observées.

En conclusion, la préparation à l'accueil du patient et de l'aménagement de la chambre ont été excellents, de même que l'attitude du personnel qui était souriant, poli, à l'écoute, répondait de façon adéquate aux questions, proposait spontanément son aide. En revanche, le contenu des informations données n'était pas structuré, différent selon les cas, et incomplet.

Enfin, il m'a semblé important de relever la dernière phrase de chaque patient avant le départ de l'infirmière :

**dans deux cas :** « Qu'est-ce que je fais maintenant? »

**dans un cas :** « Quand revenez-vous? »

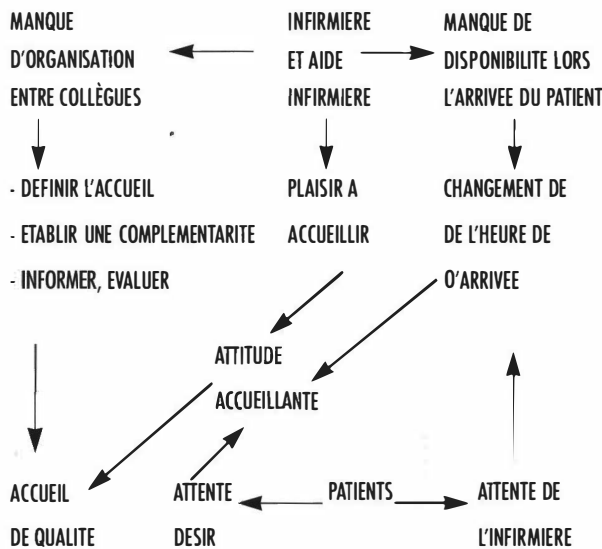
De ce fait, mon hypothèse est que le besoin d'être en confiance, de se sentir en sécurité n'était pas satisfait car ces phrases témoignaient de la présence d'une peur, d'une incertitude, face à un avenir immédiat, qui aurait pu être évitées. Et pourtant, lors de l'explication de ma présence, du but de cette observation, tous les patients m'ont spontanément dit qu'ils avaient eu un très bon accueil.

### ■ 5.6 Analyse des résultats

Il me paraît important de rappeler qu'il s'agit d'un recueil concernant seulement cinq membres du personnel soignant, cinq patients et trois observations. Néanmoins, malgré ce nombre restreint, il me semble que la sincérité des témoignages a permis de soulever des problèmes essentiels.

Les entretiens auprès du personnel ont confirmé la sensibilisation, l'intérêt manifeste qui était porté sur le moment de l'accueil. La cohérence de leur conception, de leur intention, malgré une spontanéité, un vocabulaire différent, m'a beaucoup touché, notamment au niveau des aides-infirmières dont la motivation ne m'avait pas semblé si évidente. L'ensemble des personnes interrogées est unanime pour reconnaître l'importance de ce premier contact privilégié, recherché, et apprécié par chacun.

Trois thèmes se sont principalement dégagés et peuvent se résumer sous la forme de ce schéma :



### L'heure d'arrivée des patients dans le service :

Confrontant ce moment avec l'activité des équipes de soin, il s'ensuit que dans la grande majorité des cas, cela correspond au colloque principal de la journée où l'évaluation, le réajustement, le devenir, les questions concernant chaque patient sont exposés et discutés.

Cette concordance entre les deux moments importants a pour conséquence que :

- les infirmières doivent déléguer le premier contact, et doivent gérer plusieurs soins, en diminuant leur participation à l'accueil du patient, ou en le retardant. L'ICUS partage cette constatation.
- les aides-infirmières n'assistent pas ou peu au colloque, source d'informations, et qui doivent aller accueillir le patient alors qu'elles sont en effectif minimum.

De ces deux points ressort une insatisfaction personnelle et professionnelle. L'heure d'arrivée des patients est un sujet qui a été spontanément évoqué par chacun lors de la formulation des problèmes et propositions d'amélioration. De la présence du colloque au milieu de l'après-midi dépend le choix d'un accueil dans le service :

- plus tôt (entre 13 h et 14 h) selon l'ICUS, les infirmières, une aide-infirmière
- plus tard (après 16 h) selon deux patients (l'un par entretien, l'autre par le questionnaire de sortie) et une aide.

D'autre part, me référant aux quelques appréciations négatives dans les questionnaires de sortie, celles-ci relevaient une attitude stressée (trop pressée, tendue) du personnel soignant. L'autre aspect négatif concernait une attitude trop effacée (peu, pas de paroles, pas présente, motivée). À cela, deux hypothèses peuvent être formulées : il y avait un manque d'intérêt, ou bien, il y avait une charge de travail importante, et, en sollicitant le moins possible le patient, pensait-on réduire le temps de présence auprès de celui-ci pour se consacrer à une autre activité. Ces deux hypothèses aboutissent également à une information incomplète au patient. À noter que, aucune personne interviewée n'a évoqué l'éventualité de changer l'heure du colloque, compte-tenu des horaires des équipes soignantes.

Une adéquation de l'heure d'arrivée des patients avec l'activité prévisible dans le service à ce moment là, est importante et peut déterminer la qualité d'un bon accueil, auquel on doit pouvoir consacrer un temps minimum.

Enfin, c'est surtout la non satisfaction des membres du personnel lors des entretiens et l'opinion de quelques patients qui confirment l'hypothèse que, l'organisation du travail ne permet pas une bonne prise en charge du patient au moment de l'accueil.

La modification de l'heure d'arrivée viserait également à diminuer l'attente du patient en quête d'informations, de réponses à ses questions, de références, et donc à une meilleure prise en charge de celui-ci dès son arrivée. Les deux heures d'attente vécues par deux patients, les conduisent à ressentir les sentiments de solitude et d'abandon qui ont pu s'ajouter à l'anxiété, la peur déjà présente!

À ma grande surprise, ces patients (dont l'un avait une échelle de stress à 8), jugèrent l'accueil satisfaisant par une attitude du personnel tout à fait adéquate et correspondant à leur attente.

### **Les attentes du patient**

L'accueil est évalué presque essentiellement selon l'attitude de la personne rencontrée, plutôt qu'en fonction des problèmes qui se sont présentés, des informations qui n'ont pas été données.

Cela se retrouve lors des observations directes où, malgré les oublis, l'absence de contrôle de l'intégration des informations (« qu'est-ce que je fais maintenant? »), l'accueil a été jugé excellent. D'autre part, on peut confirmer ce constat en le reliant aux courbes apparues lors de l'étude des questionnaires de sortie. Lorsque le nombre des patients est au maximum, on peut supposer que cela entraîne une charge de travail importante, un choix des priorités, la gestion d'imprévus pouvant expliquer une probabilité plus importante d'être mal accueilli (rapidité, stress, fatigue de l'infirmière...). Or, à la vue des résultats des questionnaires de sortie, l'évaluation de la qualité de l'accueil à ce moment là (en novembre) a été supérieure à la moyenne.

Enfin, lorsque l'on regarde les commentaires négatifs contenus dans ces documents, ils concernent tous l'attitude du personnel à cet instant là. Ainsi, notre comportement, la prise en compte du ressenti, notre attitude, les sentiments que nous dégageons et transmettons sont donc de la première importance : c'est ce que le patient retiendra, ce qui restera dans sa mémoire. Cela est démontré lors des entretiens auprès des patients réalisés à la fin de leur hospitalisation. Ils ne savent ni le nom, ni la fonction de la personne qui les a accueillis, se souviennent de les avoir entendus ou non, mais ont retenu la présence du sourire, du ton de

la voix, de l'attitude calme, agréable, aimable, confiante, encourageante...

Ils avaient le sentiment d'être attendus parce qu'on les appelait par leur nom, parce que la chambre était prête pour les recevoir.

Dans les questionnaires de sortie, les commentaires positifs ne concernent que l'attitude du personnel (calme, patience, compréhension, gentillesse...), reflétant une atmosphère chaleureuse, accueillante dont l'ensemble apporte une dimension humaine à l'hôpital.

Ainsi, le comportement verbal et non verbal, des réponses et des informations appropriées auront aussi une influence sur le témoignage d'une compétence professionnelle présente, mettant en confiance, même si elles sont incomplètes en regard des grilles d'évaluation.

En ce qui concerne les commentaires négatifs provenant des questionnaires de sortie, ils sont au nombre de sept sur 276 questionnaires renvoyés. La note moyenne de l'année relative à l'accueil est de 4,81 sur 5 et est proche de l'appréciation générale sur l'Hôpital Orthopédique : 4,84 sur 5. Ces chiffres proches de la note optimum, les appréciations lors des entretiens et des observations, le contenu des questionnaires de sortie, nous conduisent à penser que la plupart des patients sont satisfaits et infirment mon hypothèse selon laquelle l'accueil est souvent jugé insatisfaisant par les patients.

Toutefois, la relativité des résultats évalués par questionnaires et entretiens, s'expriment par le fait qu'ils subissent un biais positif, classique dans ce genre d'évaluation. Les patients sont satisfaits, mais il est à relever que selon les observations directes effectuées, professionnellement des lacunes sont présentes. Le jugement est différent entre le patient et le professionnel. D'autre part, l'appréciation de l'accueil arrive en huitième position sur onze thèmes abordés dans le questionnaire de sortie de 1996! Cela nous montre qu'il y a quelques efforts à faire, qu'il existe une marge de progression à exploiter, pour gravir quelques échelons et améliorer notre score, donc nos prestations lors de ce soin.

### **La formation du personnel :**

Malgré une motivation, un enthousiasme certain pour ce soin, celui-ci n'est, dans certains cas, pas complet, comme cela a été constaté lors des observations directes de l'accueil. Lors des entretiens auprès des patients, il est possible que, les informations aient été données en totalité.

D'autre part l'absence de vérification de la compréhension, qui a été constatée lors des observations, ne permet pas au personnel de savoir, si la transmission de l'information a été intégrée, si le patient pourra s'en servir. L'absence de feed-back, de contrôle de l'assimilation, peut aboutir à des oublis, des interrogations toujours présentes chez le patient.

L'observation directe de trois accueils confirme cette hypothèse, puisqu'après avoir exposé le déroulement des heures à venir au milieu d'un flot d'informations, de questionnements, deux patients adressaient cette question à l'infirmière à la fin de l'entretien : « Qu'est-ce que je fais maintenant ? »

Une information sur les principes élémentaires de la communication semble nécessaire. Enfin, lors des entretiens auprès du personnel, une information sur l'accueil a été souhaitée par :

- l'ICUS, pour l'ensemble de son personnel, même si elle pense que l'information dans ce domaine s'effectue en cascades.
- les aides-infirmières qui accueillent plutôt selon leur sensibilité, car très peu formées. Ainsi la préparation d'une chambre, la prise en charge de l'organisation des repas, les informations données sont-elles différentes selon les personnes déléguées.

Selon l'ICUS, effectuer un accueil relève du rôle propre de l'infirmière, qui est alors une référence. La délégation de ce soin aux aides-infirmières devrait être une source de valorisation. Cette notion est par ailleurs présente chez les deux aides-infirmières interrogées.

D'autre part, elles se sont exprimées quant au manque de compréhension entre elles et avec les infirmières. Le rôle de chacune n'était pas clairement défini, l'infirmière doit vérifier le contenu des informations données, entraînant une perte de temps (cf. déroulement de l'accueil). De même, les aides-infirmières sont désespérées, gênées de devoir poser certaines questions identiques à celles de l'infirmière.

Tout cela confirme l'hypothèse que la formation du personnel n'est pas suffisante dans ce domaine. Il me semble que c'est en ayant une meilleure connaissance des actions de chacun et chacune que l'on travaille en meilleure collaboration, de manière à pouvoir donner des explications complémentaires au patient, afin d'établir puis d'offrir une cohérence inter professionnelle qui mettra le patient en confiance, en sécurité.

Le contrôle de la compréhension, la mise au point d'un contenu prioritaire d'informations au patient au moment

de l'accueil dans le service, entraîneront un gain de temps et de qualité, s'ils sont effectués par chacun.

C'est pourquoi, il me semble nécessaire de définir l'accueil dans notre Institution, puis en fonction des deux catégories professionnelles concernées, de manière à obtenir une complémentarité. Informer et évaluer par l'observation, permettra l'application et l'intégration d'une organisation plus efficace visant à améliorer ce soin pour notre satisfaction et celle du patient.

En conclusion, il apparaît que, malgré la rencontre de problèmes (absence de complémentarité, manque de disponibilité) au moment de l'accueil par le personnel, ceux-ci ne soient pas ressentis aussi intensément par les patients, et, que leur présence n'a pas autant d'influence, comme le personnel soignant semble le croire. Enfin, il ressort que c'est le comportement verbal et non-verbal, lors de la rencontre, qui sera déterminant. Quant au jugement porté sur l'accueil, il s'établit, sur le respect, la gentillesse, l'écoute, la compréhension que l'on va accorder au patient et qui va permettre l'apparition de la confiance.

## 6. PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION DE L'ACCUEIL À L'HÔPITAL ORTHOPÉDIQUE

### 6.1 Motivation du personnel

Alors que j'ai signalé à plusieurs reprises, que le personnel était intéressé, il me faut préciser que je désire parler de la motivation au changement. Je pense que cela est à la base de toute modification, de toute transformation, d'évolution. Certes, chacun est sensibilisé à l'accueil, mais il reste à le motiver dans une autre démarche : s'auto-observer dans ce soin. Il s'agit d'éveiller la sensibilité, la réflexion sur ses propres actes pour prendre alors conscience de la nécessité d'y apporter des modifications. Puis, l'exposé d'expériences personnelles, la comparaison, les apports de connaissances amènent par une simple discussion, à la prise de conscience de solutions, de problèmes communs, de besoins d'informations. Susciter le questionnement sur ses propres actes entraîne une auto-évaluation, qui peut aboutir soit à une demande, soit à une attention particulière lorsque la situation se présente réellement.

*« Pour modifier un système de réactions, les progrès durables sont obtenus grâce à des réflexions et à des*

*prises de consciences successives. Mieux se connaître soi-même et mieux comprendre les autres, telle est la clé de toute formation humaine » (75).*

Cette étude sur l'évaluation de l'accueil à l'Hôpital Orthopédique, a éveillé un intérêt positif chez chaque personne interviewée, et chez presque l'ensemble du personnel, qui, me voyant transporter une petite sacoche noire d'étudiante, me demandait la raison de sa présence, et me donnait l'occasion d'expliquer ma formation, mon sujet de recherche et les moyens employés. J'ai ressenti un grand intérêt à connaître le résultat concernant les entretiens auprès des patients et l'analyse entre leurs appréciations, leurs attentes, et l'opinion des soignants.

À propos de ceux-ci, je ne peux pas affirmer qu'un changement de comportement se soit installé, après l'entretien, chez chacun. En revanche, le fait de pouvoir s'exprimer, d'avoir la parole, d'être écouté avec attention, de pouvoir participer activement à une enquête, a été très apprécié. Malgré un peu de timidité au début, l'enthousiasme à propos de ce sujet m'a permis de recevoir des informations concrètes et, me semble-t-il, sincères. L'attente pour pouvoir accéder au contenu de ma recherche, me montre l'intérêt, la curiosité face à un apport un regard différent, et me conforte dans l'idée que, l'importance de l'accueil d'un patient est partagée par un grand nombre de soignants, et a sa place dans la liste des soins prodigués chaque jour.

Afin de susciter, de développer et de maintenir cette motivation, je désire exposer le contenu de ce manuscrit dans chaque équipe de soin. Tout d'abord en le laissant disponible à la lecture, puis en le présentant oralement lors de colloques de service. Recueillir l'opinion de mes collègues, pouvoir provoquer une discussion sur le thème de l'accueil sera pour moi un grand moment pour la reconnaissance et la concrétisation de mon travail.

## ■ 6.2 Établir une politique d'accueil

À la suite de ces échanges et avec l'accord de l'infirmière-chef de l'établissement, j'aimerais former un petit groupe de travail, afin de définir une conception de l'accueil, définir son contenu, sa forme et l'élaborer par rapport à la fonction d'infirmière, d'une part, et d'aide infirmière, d'autre part.

Ce groupe serait constitué d'une infirmière et d'une

(75) MOUSSARD (G.), op. cit. p. 7

aide infirmière de chaque étage, sensibilisées par le sujet et motivées pour s'investir ensuite dans l'information auprès de leurs collègues.

La présence d'une ICUS serait également souhaitée.

Le but serait donc dans un premier temps de définir l'accueil, d'établir des normes et critères de qualité présentés, puis discutés dans chaque service. Dans un deuxième temps, de mettre en évidence les ressources, les problèmes, les obstacles et leurs moyens de résolution. Cela, dans un désir de remotivation, de « recadrage » pour le personnel déjà présent, et de formation, d'indication pour le personnel nouveau. Par ailleurs, depuis le début de mon enquête, j'ai constaté que le nombre des patients convoqués l'après-midi était en continuelle diminution. Pour des raisons économiques, la moitié des patients est convoquée le matin même de leur intervention, ce qui entraîne un autre critère au niveau de l'accueil : la rapidité. La formation d'un accueil efficace, structuré, personnalisé, chaleureux, dans le cadre de mon étude, pourrait ensuite se répercuter, s'adapter à ce nouveau type d'accueil.

## ■ 6.3 Adapter l'heure de convocation

Concernant le problème soulevé par l'ensemble du personnel et quelques patients, je pense qu'il faudrait faire intervenir les deux secrétaires aux admissions, lors de l'une des réunions. Ainsi, il sera plus facile de trouver un compromis à travers les contraintes horaires représentées par :

- le colloque de service de 15 h 15 à 16 h
- le bureau des admissions ouvert de 13 h à 17 h
- la visite des médecins à 17 h
- le retard éventuel des patients

## ■ 6.4 Établir une grille d'évaluation

Elle sera utile dans le but de faire participer l'ensemble du personnel des services de soin à l'application des écrits élaborés, d'apporter un éclairage sur ses prestations en matière d'accueil et de réajuster, si nécessaire. « *La qualité est la concordance de la réalité aux exigences attendues. Estimer l'écart, c'est évaluer, c'est porter un jugement objectif et non un*

*jugement de valeur. Cette démarche permet d'appréhender la réalité* » (76).

L'établissement de la grille d'évaluation par des représentantes de l'équipe, l'utilisation de cette grille par une collègue et non un supérieur hiérarchique, la confidentialité du résultat de l'observation me paraissent tout à fait utiles pour permettre l'acceptation du résultat, la prise de conscience d'un changement, d'un effort à apporter et donc l'évolution vers un meilleur accueil de la personne hospitalisée. À ce jour, j'ai trouvé quatre exemples de grilles d'évaluation, qui nous aideront dans l'élaboration, la structure ou la formulation. Lors de l'analyse des résultats, cela nous permettra de découvrir les points forts et les points faibles des unités, dans un but de réajustement des informations à donner. Des entretiens auprès des patients, l'étude des questionnaires de sortie, nous guideront vers l'atteinte de leur satisfaction.

### 6.5 Propositions de structures de formation à l'accueil

L'Hôpital Orthopédique bénéficie de l'accès au programme de formation continue de CHUV. Lors d'un entretien, le responsable de ce secteur s'est montré très intéressé par ce sujet, qui n'a jamais été abordé, partant du principe que cela était très largement enseigné dans les écoles de soins infirmiers.

Désirant seulement vérifier son opinion, sans approfondir ce qui pourrait être un autre sujet de recherche, je suis allée rencontrer la directrice-adjointe d'une école de soins infirmiers. Celle-ci m'a indiqué que ce sujet était abordé dans l'étude des différentes fonctions définies par les nouvelles prescriptions de la Croix-Rouge Suisse et notamment au travers d'études de cas.

Dans une autre école, on m'informa que l'accueil était sous forme d'attitude, de « savoir être », lors de cours sur l'établissement de la relation, d'études de situations de soin (exercices, jeux de rôles).

- L'Association Suisse des Infirmières (A.S.I) propose des journées de formation au Centre Romand d'Education Permanente (CREP). Ainsi, un cours sur l'accueil du pensionnaire et/ou du patient et de sa famille a eu lieu sur deux journées au mois de juin 1997 à Genève. Ce thème n'est pas abordé dans le programme de 1998.

(76) POIRIER-COUTANSAIS (G) « La qualité, pourquoi? comment? », in revue Recherche en soins infirmières, Éd. ARSI hors série-spécial méthodologie, novembre 1994, p 151

- Le centre de formation des institutions et des professions de la santé de l'Association des Hôpitaux Suisses (H+, anciennement VESKA), a proposé trois journées de formation à l'accueil en juin 1998.

## 7. ÉVOLUTION

Parallèlement à la création et la mise en place du poste d'infirmière clinicienne, j'ai poursuivi la démarche initiée avec ce travail. Ainsi, après présentation, encouragement à la lecture dans chaque service, j'ai recueilli plusieurs appréciations de mes collègues, initiant une réflexion sur l'accueil du patient. Un groupe de travail s'est ensuite constitué regroupant trois infirmières et trois aides-infirmières, ainsi qu'une ICUS. Nos réunions ont lieu à peu près une fois par mois. À ce jour, nous avons élaboré une définition de l'accueil, et deux grilles d'évaluation sont en cours de construction (l'une pour les infirmières, l'autre pour les aides-infirmières). La mise en pratique se réalisera durant le premier semestre 99. Ces travaux nous permettent de redéfinir le contenu de l'accueil, le rôle des deux catégories professionnelles concernées, afin de recréer une complémentarité, et d'établir une liste des priorités. Lors de chaque réunion, des problèmes, des questions émergent et permettent d'apporter un éclairage sur d'autres professions (réceptionnistes, secrétaires,...), et d'apporter des solutions, des renseignements sur des petits dysfonctionnements.

Une discussion sur l'heure de convocation a eu lieu au sein de ce groupe, une solution a été envisagée, mais ne peut être appliquée. Ainsi, une réunion pluridisciplinaire sera planifiée durant le premier trimestre 99.

Au début, la peur d'être observée et évaluée prédominait, dans le groupe de travail, se manifestant par une certaine hostilité quant à la démarche proposée. Au fil du temps, elles constatèrent que des lacunes existaient lors de ce soin, en observant davantage leurs collègues, mais aussi leur propre comportement, et en transposant la théorie, telle qu'elles l'avaient elles-mêmes définie, vers la pratique professionnelle. La peur s'est alors progressivement remplacée par l'enthousiasme.

Ainsi, aidée, soutenue par une grande motivation du groupe de travail, une évaluation à orientation processus, selon la distinction établie par DONABEDIAN est donc en cours. La proche concrétisation de celle-ci,

par l'intermédiaire des observations directes, accentuée de plus en plus l'enthousiasme de chaque participant. Une dynamique de recherche d'amélioration s'est véritablement créée.

Même si la charge de travail de ces derniers mois, ne m'a pas permis de respecter le calendrier que je m'étais fixé, je suis ravie de concrétiser, petit à petit, le fruit de mon travail, et d'associer mes collègues à cette très enrichissante aventure professionnelle.

## 8. CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en évidence que les attitudes dans l'accueil étaient plus déterminantes que son contenu. Elle nous a donné la possibilité de cibler objectivement les points faibles et forts de l'Institution.

Des questions à explorer en pluridisciplinarité, sont apparues, comme la prise en compte du temps d'attente des patients, l'information sur les différentes méthodes d'anesthésie et d'analgésie proposées dans notre établissement.

Dans l'accueil du patient se mêlent les mots transmettre et recueillir. L'analyse des mots, des questions, du visage, des gestes, de la voix..., nous permettront de transmettre notre savoir de manière plus adaptée, si l'on tient compte de l'ensemble de tous ces signes, que chacun émet lors de ce moment difficile, et qui sont si importants pour le patient.

Enfin, en ces temps de restrictions économiques, pour améliorer l'accueil, il nous appartient surtout d'avoir une attitude adéquate afin d'établir une relation de confiance. Pour cela, il n'y a pas besoin de budget, mais s'il y en avait un, il s'agirait, par exemple, de déposer une carte de bienvenue, ou de mettre une rose, sur la table de nuit...

## 9. BIBLIOGRAPHIE

### ■ LIVRES :

BREUIL Terry, RIBAUD Micheline, SONNET Jacqueline : « Vade-mecum de l'évaluation de la qualité » Éd. Lamarre 1994

CAUCHARD Paul : « L'accueil : Psychophysiologie et éducation cérébrale de la réceptivité », Éd. Universitaires de France 1971

DORON Roland, PAROT Françoise : « Dictionnaire de Psychologie », Éd. Presses Universitaires de France 1991

DUFOUR/GOMPERS Roger : « La relation avec le patient », Éd. Privat 1992

GLARDON Catherine : « Du faire à l'être en passant par le dire », Éd. Loisirs et Pédagogie 1996

IANDOLO Costantino : « Parler avec le Malade » Éd. Médecin Généraliste 1996

LATOURE Mireille-Lucile : « Le Corps : rôle et parole » Éd. Chronique Sociale, collection « synthèse » 1991

LAURENS Colette : « Améliorer l'accueil », Éd. d'organisations 1981

MANNONI Pierre : « La Peur », Éd. Presses Universitaires de France, Que sais-je ? 1982

MOUSSARD Guy : « Savoir accueillir dans un bureau, un magasin, un service public... », Éd. Le Centurion 1980

MUCCHIELLI Roger : « Communication et réseaux de communication », Éd. sociales françaises 1974

MUCCHIELLI Roger : « L'entretien face à face dans la relation d'aide », Éd. sociales françaises 1969

POLETTI Rosette : « Les soins-infirmiers : théories et concepts », Éd. Centurion, infirmières d'aujourd'hui 1978

ROGERS Carl : « Le développement de la personne », Éd. Paris Dunod 1967

### ■ REVUES :

EHNINGER Monique : « Conceptions de soin au sein d'une unité » in revue, Soins psychiatriques, numéro 166/167, août-septembre 1994, pp. 36-40

HESBEEN Walter : « un soin infirmier de qualité » in

## L'ACCUEIL : L'HOSPITALITÉ À L'HÔPITAL - CONCEPT ET ÉVALUATION

revue, Soins Formation - Pédagogie - Encadrement  
numéro 3, 1er trimestre 1995, p 5-11

POIRIER-COUTANSAIS Geneviève : « La qualité, pourquoi? comment? » in revue Recherche en soins infirmiers, hors série spécial méthodologie, Éd. ARSI, novembre 1994, p. 150-157

STAINES Anthony : « Accueil et communication : encore des progrès » in revue, Hôpital Suisse numéro 3, 1997, pp. 19-21

« enquête 1996 auprès des patients du CHUV » in bloc note, des hospices numéro 15, mars 1997, Éd. Service des Hospices Cantonaux, p. 1-3

« Dossier : l'accueil » in revue Le journal de la Source, groupe de travail, évaluation de la qualité des soins numéro 3, juillet-août 1997, p. 8-9

### ■ MEMOIRE (non publié) :

DEGOT Thomas : « L'accueil aux urgences » mémoire infirmier École d'Infirmières d'Ambroise PARE, Paris 1996

### ■ REPORTAGE TELEVISÉ :

« L'accueil » Envoyé Spécial, Claude SEMPERE, France 2, 17 avril 1997