INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

CLERMONT-FERRAND

Se sentir bien pour bien soigner : entre satisfaction professionnelle et relation de soin en chirurgie ambulatoire

UE 5.6 S6 – Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Mémoire de fin d'études

JESUS PIRES FREITAS, Nancy

Promotion 2023-2026

Année 2026

DUBOIS Catherine, formatrice référente

« Ce travail ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'autorisation expresse de son auteur et de l'IFSI de Clermont – Ferrand »

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Catherine Dubois, ma formatrice référente, pour m'avoir suivie, conseillée et accompagnée avec bienveillance tout au long de ces trois années de formation.

Merci à l'ensemble des formateurs de l'IFSI de Clermont-Ferrand pour leur patience, la richesse de leurs apports théoriques et professionnels, et leur engagement auprès des étudiants.

Merci à l'ensemble des équipes soignantes qui m'ont accueillie lors de mes stages cliniques, pour leur disponibilité, leur patience et les apprentissages qu'elles m'ont transmis avec générosité. Ces expériences de terrain ont été essentielles à ma formation et à la construction de mon identité professionnelle.

Merci à Madame Pourcelot Philiponna, ma cadre de santé à l'époque de ma candidature à l'IFSI, qui a cru en moi bien avant que j'y croie moi-même et qui m'a encouragée à franchir le pas vers ce métier.

Merci à mon mari Alexandre pour son soutien indéfectible, sa patience et sa présence au quotidien, dans les moments de doute comme dans les moments de fierté.

Merci à mes deux fils, Gabin et Ruben, et ma belle-fille, Lana, pour leur soutien et leur compréhension tout au long de ce parcours.

Merci à mon amie Mélanie, pour son amitié fidèle et ses encouragements constants tout au long de ce chemin.

Merci à mes parents pour m'avoir transmis la curiosité, le courage et la persévérance.

Merci à mes camarades de promotion Magali, Claire, Daniel et Chloé, pour leur soutien, leur bonne humeur et les moments partagés durant ces trois années.

Merci à mes amies Sofia et Souella pour n'avoir jamais douté de ma réussite.

Merci enfin à tous les membres du Saïyagym pour les entraînements partagés et pour m'avoir aidée à me dépasser et à évacuer le stress.

Table des matières

Introduction 6

Etape 1 : De la situation d'appel à la question de départ 7

1. Le choix de la situation d'appel 7
2. Interroger la situation d'appel 9
3. La question de départ 12

Etape 2 : Problématisation 12

1. Avis d'experts ou d'usagers 12
2. Construction d'un cadre de référence 14
   - 2.1 Cadre contextuel 15
   - 2.2 Cadre conceptuel 17
   - 2.2.1 Relation de soin 17
   - 2.2.2 La satisfaction professionnelle 21
3. Reformuler la problématique 24

Etape 3 : Choix de la focale 25

1. La focale 25
2. La question de recherche 25

Etape 4 : Construction d'un modèle d'analyse 26

1. Définition des objectifs de l'enquête 26
2. Choix de la méthode d'enquête 26
3. Elaboration des indices et manifestations 27
4. Choix et construction de l'outil d'enquête 29
5. Choix de l'échantillon à étudier 30
6. Méthode de traitement des données 31

Conclusion 35

Index des abréviations

CLCC = Centre de Lutte Contre le Cancer

CSP = Code de la Santé Publique

DGOS = Direction Générale de l'Offre de Soins

EHESP = École des Hautes Études en Santé Publique

HAS = Haute Autorité de Santé

HPST = Hôpital, Patients, Santé et Territoires (loi de 2009)

IDE = Infirmière Diplômée d'État

INCa = Institut National du Cancer

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

RAAC = Récupération Améliorée Après Chirurgie

SSR = Soins de Suite et de Réhabilitation

T2A = Tarification à l'Activité

TFE = Travail de Fin d'Études

Introduction

Le cancer du sein représente la pathologie cancéreuse la plus fréquente chez la femme en France, avec plus de 61 000 nouveaux cas diagnostiqués en 2023. Face à cette réalité, les évolutions du système de santé français ont conduit au développement massif de la chirurgie ambulatoire, désormais modèle dominant pour la majorité des prises en charge chirurgicales. Mais derrière cette transformation organisationnelle se pose une question que la technique seule ne peut résoudre : celle de la place du soin relationnel.

C'est cette question qui a émergé au cours de mon sixième stage, effectué dans un établissement de lutte contre le cancer. La prise en charge d'une patiente de 73 ans devant bénéficier d'une mastectomie en chirurgie ambulatoire m'a laissé un sentiment d'insatisfaction difficile à formuler : j'avais respecté le protocole, complété le dossier, transmis les informations nécessaires et pourtant, quelque chose me semblait inachevé. En comparant cette expérience avec une prise en charge similaire réalisée en chirurgie conventionnelle, j'ai progressivement compris que ce malaise tenait à la dimension relationnelle du soin et à la place que le contexte d'exercice semblait lui accorder.

Cette réflexion m'a conduite à explorer la littérature professionnelle, à mener des entretiens exploratoires auprès d'infirmières exerçant dans ces deux contextes, puis à construire un cadre théorique articulé autour de deux concepts : la relation de soin et la satisfaction professionnelle. Il en est ressorti une question de recherche : *en quoi la satisfaction professionnelle perçue par les infirmières en chirurgie ambulatoire peut-elle influencer la qualité de la relation de soin établie avec les patientes atteintes d'un cancer du sein ?*

Ce travail de fin d'études s'organise en quatre grandes parties. La première présente la situation d'appel et son analyse, point de départ de cette réflexion. La deuxième expose les avis d'experts confrontés à la littérature scientifique et professionnelle, aboutissant à la construction d'un cadre de référence théorique. La troisième développe le choix de la focale et la formulation de la question de recherche. La quatrième et dernière partie présente le modèle d'analyse élaboré pour répondre à cette question : objectifs de l'enquête, choix méthodologiques, construction des outils et méthode de traitement des données.

Etape 1 : De la situation d'appel à la question de départ

1. Le choix de la situation d'appel

Les situations que j'ai choisies de décrire se déroulent dans un établissement de lutte contre le cancer, dans un service de chirurgie ambulatoire et de chirurgie conventionnelle. Je suis étudiante infirmière en 3e année et il s'agit de mon 6e stage.

L'unité de chirurgie ambulatoire dispose de sept lits et accueille des patients pour une surveillance post-interventionnelle, la durée moyenne d'hospitalisation est de moins de 12 heures. Au cours de ma deuxième semaine de stage dans ce service, j'ai participé à la prise en charge d'une patiente de 73 ans lors d'une consultation préopératoire dans le cadre de son parcours de soins en ambulatoire. Madame A. était hospitalisée pour le traitement d'une tumeur du sein droit triple négatif. Le soin que je devais réaliser consistait en un entretien d'accueil, afin de compléter le recueil de données concernant cette patiente. Je me présente auprès d'elle, en précisant que je suis étudiante infirmière, et je lui demande son accord pour réaliser la consultation. Nous nous installons dans le bureau. Je lui explique que l'entretien durera environ trente minutes et qu'il me permettra de recueillir des informations sur son identité, le motif de son intervention, ses habitudes de vie et ses antécédents. Je précise qu'elle peut interrompre l'entretien si certaines questions lui paraissent trop personnelles ou difficiles, et je rappelle que les échanges resteront confidentiels. Je déroule progressivement les questions en suivant la trame prévue pour ce type d'entretien. J'applique la méthode enseignée par les infirmières du service, je structure mon entretien en utilisant des questions précises, adaptées au niveau de compréhension de la patiente. Certaines questions me semblent plus sensibles pour la patiente, notamment lorsque l'on évoque le sujet d'hospitalisation : elle me répond simplement d'un « oui » pour confirmer le motif d'intervention. Je perçois un sentiment de tristesse et d'inquiétude qui transparaît dans son comportement : le ton de sa voix est plutôt bas, son regard est en direction de ses genoux, elle frotte ses mains l'une contre l'autre comme si elles étaient moites. Dans son dossier, il est noté qu'elle décrit son état psychologique avec les mots suivants : « angoisse, peur, combativité ». Actuellement, Madame A. est sous traitement de chimiothérapie : elle réalise une cure de 12 injections à l'hôpital de jour. La tolérance du traitement est difficile, les effets indésirables sont présents : alopécie, asthénie, nausées, vomissements, diarrhées, mucite. Je comprends que madame est déjà affectée sur le plan physique par les effets secondaires des traitements. Le compte rendu de la psychologue met en évidence une certaine fragilité sur le plan psychologique. Je termine l'entretien en demandant à madame de confirmer son accord pour la réalisation de sa chirurgie en ambulatoire. Elle exprime son consentement, tout en partageant une inquiétude : « J'imagine que cela va tout de même être étrange d'arriver le matin avec un corps et de ressortir en fin de journée dans un autre corps. » Nous reprenons quelques échanges afin que je puisse m'assurer qu'elle a bien organisé sa surveillance postopératoire. Elle a bien compris l'importance d'être accompagnée et surveillée pendant la première nuit après l'intervention. Elle me confie : « J'ai peur que ça n'aille pas à la maison mais je serai entourée de ma fille et de mon gendre. » Je redonne à madame A. les consignes préopératoires : douches à la bétadine la veille et le jour de l'intervention, pose du patch de lidocaïne sur la main et jeûne

à partir de minuit. Je propose également un rappel téléphonique la veille de l'intervention. L'entretien se termine et je raccompagne la patiente jusqu'à la porte.

À l'issue de l'entretien, je retourne dans la salle de soins et partage mon étonnement avec les infirmières sur la prise en charge d'une chirurgie lourde en ambulatoire. Il m'est difficile d'imaginer qu'une patiente puisse rentrer le soir même chez elle après une mastectomie, avec seulement un pansement compressif et sans accompagnement soignant, et de percevoir la souffrance psychique liée à la découverte de ce nouveau corps, « l'amputation d'une partie de soi ». Je m'interroge également sur le bouleversement que pourrait représenter le retrait du pansement à domicile. Lors de mon soin, j'ai suivi la démarche que l'on m'a enseignée et j'ai pu recueillir toutes les informations nécessaires à la constitution de son dossier et à l'avancement du recueil de données. Cependant, à la fin de l'entretien, j'ai ressenti une forme d'insatisfaction, de frustration, comme si mon travail restait inachevé. Avec le recul, j'ai pris conscience que je n'avais pas abordé son ressenti face à sa future intervention. Elle est attendue pour une mastectomie, c'est une chirurgie pouvant avoir de lourdes conséquences physiques et psychologiques. Or, l'entretien s'est concentré sur les aspects administratifs et médicaux nécessaires pour le parcours de soin, sans laisser de place à un échange pouvant permettre à la patiente d'exprimer son ressenti et ses émotions. Je n'ai donc pas pu recueillir d'informations sur son vécu psychologique ni sur la manière dont elle appréhendait cette opération et ce mode d'hospitalisation.

Je poursuis mon interrogation en comparant la situation précédente avec une seconde situation qui se déroule dans le service de gynécologie conventionnelle, il s'agit d'une unité de 22 lits. J'avais la responsabilité de réaliser le même soin. Lors d'une prise en charge en service de chirurgie gynécologique conventionnelle, nous accueillons les patientes la veille de l'intervention. J'accueille madame F., il s'agit d'une patiente de 74 ans, convoquée pour une mastectomie gauche. Je me présente dans sa chambre en précisant que je suis étudiante infirmière, puis je recueille son consentement pour réaliser l'entretien d'accueil. Je m'assieds sur une chaise auprès d'elle qui est assise sur son lit. Je lui indique que je vais lui poser quelques questions afin de compléter son dossier. Je réalise la prise des paramètres vitaux : madame présente une tension artérielle de 177/87, elle me dit que c'est inhabituel mais qu'elle est très angoissée aujourd'hui. Elle me confie avoir pris un Lyrica prescrit par son médecin traitant en cas de besoin, il s'agit d'un traitement prescrit dans certaines formes d'anxiété. Une fois le dossier informatique complété, je demande à madame F. si elle a des questions concernant la chirurgie. Elle prend le temps de m'expliquer ce qu'elle a compris de la future intervention et m'évoque avoir peur de ce qu'il va se passer après. Je lui explique qu'une fois le passage au bloc opératoire puis en salle de réveil, elle reviendra dans sa chambre et que nous serons là pour elle. Nous débuterons la surveillance postopératoire dès son retour. J'évoque aussi l'importance d'être confortable, sans douleur, et lui dis que nous avons tous les traitements nécessaires pour la soulager. Madame me dit qu'elle se sent angoissée, que pourtant elle sait que tout se passera bien mais qu'elle n'a pas l'esprit tranquille. Je prends le temps d'écouter. Je termine en lui disant que si le sommeil tarde un peu, ou si elle se sent trop inquiète, je peux demander un traitement au médecin pour apaiser l'angoisse. Elle soupire puis me dit : « Je crois que j'en aurai besoin, merci. » Je lui explique qu'elle peut faire appel à l'équipe de nuit si elle en ressent le besoin. Je

fais un point sur ses traitements habituels et lui explique l'importance de diminuer certains traitements comme demandé par le médecin anesthésiste. J'évoque la préparation préopératoire et lui propose également l'aide de ma collègue aide-soignante en cas de difficulté pour les soins d'hygiène. Je lui explique l'importance du jeûne à partir de minuit, puis l'arrêt des liquides clairs deux heures avant l'intervention. Au réveil demain matin, l'infirmière viendra mettre en place un patch de lidocaïne afin de faciliter la pose de voie veineuse en douceur au bloc opératoire. Je m'apprête à quitter la chambre et lui dis : « Si vous avez des questions, n'hésitez pas à les écrire sur une feuille ; si je n'ai pas la capacité d'y répondre, je demanderai à mes collègues plus expérimentés. » Madame me remercie, puis je quitte la chambre : « à tout à l'heure madame F., si vous avez besoin, vous avez la sonnette. » J'ai ressenti que madame F. était bien accompagnée par l'ensemble de l'équipe.

Les entretiens réalisés en ambulatoire et en chirurgie gynécologique sont similaires : l'objectif est d'accueillir une patiente et de compléter son recueil de données. Or, dans le service d'ambulatoire, j'avais ressenti une certaine frustration liée au manque de temps pour aborder la dimension émotionnelle du soin ainsi qu'une insécurité sur la prise en charge postopératoire à domicile. Dans le service de chirurgie conventionnelle, j'ai pu reproduire le même type d'entretien, dans un contexte organisationnel différent. Ici, la patiente bénéficie d'une hospitalisation de plusieurs jours, ce qui laisse davantage de temps pour instaurer une relation de confiance, observer, écouter, accompagner dans la globalité et adapter plus finement la prise en charge. Cette comparaison m'a conduite à me questionner sur la manière dont le temps d'hospitalisation pourrait influencer la relation soignant-soigné et l'accompagnement global de la patiente.

2. Interroger la situation d'appel

À l'issue de ces deux situations, je me suis retrouvée face à un questionnement que je n'arrivais pas tout de suite à formuler clairement. Je savais que quelque chose m'avait dérangée dans la prise en charge en ambulatoire, mais je ne parvenais pas encore à mettre des mots dessus. C'est en cherchant à comprendre ce malaise que j'ai progressivement construit mon questionnement.

La chirurgie ambulatoire : une pratique sécurisée qui soulève des questions

Ma première réaction était d'interroger la faisabilité d'une mastectomie en ambulatoire. Pour répondre à cette question, je me suis appuyée sur la littérature professionnelle. Plusieurs études montrent que cette prise en charge est aujourd'hui réalisable et sécurisée, avec un taux de complications comparable à celui observé en hospitalisation conventionnelle (Lobelle et al., 2017a). Toutefois, ces études insistent sur la nécessité d'une organisation rigoureuse, d'une préparation pré et postopératoire structurée et d'un accompagnement du patient et de son entourage anticipé. La chirurgie ambulatoire repose sur des critères d'inclusion et d'exclusion précis (Scattarelli et al., 2020) ainsi que sur un parcours de soins structuré, de la consultation chirurgicale d'information jusqu'au retour à domicile (Lobelle et al., 2017b). Elle reste un choix adapté, sécurisé, multidimensionnel et respectueux de chaque patiente. Les femmes qui la choisissent expriment d'ailleurs souvent le souhait de passer moins de temps à l'hôpital et

perçoivent l'intervention comme moins anxiogène (Bonnaud-Antignac et al., 2015). Cependant, ces mêmes études soulignent que la chirurgie ambulatoire soulève des interrogations concernant la gestion du retour précoce à domicile, particulièrement sur le plan psychologique et émotionnel, encore peu étudié et pris en compte (Bonnaud-Antignac et al., 2015). Cette première réponse m'a rassurée sur le plan technique mais elle n'a pas dissipé mon malaise. Au contraire, elle a déplacé ma question : si la chirurgie ambulatoire est techniquement sûre, alors pourquoi me sentais-je aussi insatisfaite à la fin de cet entretien ? Ces lectures m'ont permis de comprendre que la question n'était pas tant celle de la faisabilité technique de la mastectomie en ambulatoire, mais plutôt celle de l'accompagnement de cette chirurgie dans un parcours de soins très court.

La mastectomie : bien plus qu'un acte chirurgical

En approfondissant mes recherches, j'ai réalisé que mon malaise tenait peut-être à la nature même de l'intervention. Le cancer du sein est la pathologie cancéreuse la plus fréquente et la première cause de mortalité féminine en France. Il est défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme une maladie caractérisée par la croissance incontrôlée des cellules mammaires anormales qui forment des tumeurs ; sans prise en charge, celles-ci peuvent se propager dans l'organisme et entraîner la mort. Lors de l'annonce de cette maladie, il y a un bouleversement psychologique avec une prise de conscience de la mort. Dans le cadre du cancer du sein, la maladie et les traitements peuvent déjà fragiliser l'image corporelle, et la chirurgie vient parfois renforcer ce sentiment de perte ou de transformation (Reich, 2009 ; Lehmann, 2014).

La mastectomie ne constitue pas seulement un acte chirurgical. Elle est définie par le Collectif Triplettes Roses comme l'ablation complète du sein. Sur le plan physique, elle entraîne des modifications corporelles visibles : cicatrice, perte de volume, douleur postopératoire, troubles sensitifs. Elle représente une atteinte symbolique du corps, susceptible d'affecter profondément l'image corporelle, l'identité féminine et la vie psychique des femmes (Lehmann, 2014 ; Reich, 2009). Sur le plan psychique, l'annonce et le vécu de cette perte imposent un véritable travail de deuil : elle peut provoquer choc, tristesse, sentiment de mutilation ou peur de la récidive.

Ces lectures ont éclairé ce que j'avais perçu intuitivement lors de l'entretien : Madame A. ne vivait pas seulement une intervention chirurgicale, elle traversait une épreuve profondément intime. Et pourtant, notre échange était resté centré sur les aspects administratifs et techniques : je n'avais pas laissé de place à l'expression de ce qu'elle vivait.

L'entretien d'accueil : un soin relationnel mis à l'épreuve

Le soin que j'avais réalisé, « l'entretien d'accueil », est pourtant bien plus qu'une simple collecte de données. Selon l'article R. 4311-1 du Code de la santé publique, l'infirmier analyse, organise, réalise et évalue les soins infirmiers, et contribue à l'accompagnement de la personne soignée. C'est un soin enseigné tout au long de la formation infirmière ; il nécessite des outils, des techniques et des méthodes. La dimension relationnelle de cet entretien : l'écoute, le soutien émotionnel, l'accompagnement de la patiente dans ses inquiétudes. Relève pleinement du rôle autonome infirmier, c'est-à-dire des actes que l'infirmier décide et réalise de sa propre initiative, sans prescription médicale. Il mobilise par ailleurs plusieurs compétences du référentiel : la

compétence 1 « évaluer une situation clinique et établir un diagnostic infirmier », la compétence 2 « concevoir et conduire un projet de soins infirmiers », et surtout la compétence 6 « communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ». Il représente ainsi un moment clé pour instaurer la relation, percevoir les besoins émotionnels de la patiente et amorcer un soutien personnalisé. Or, c'est précisément ce rôle autonome qui se trouve contraint en chirurgie ambulatoire, où la densité organisationnelle laisse peu de place à l'initiative relationnelle. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades rappelle que toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé et de donner un consentement libre et éclairé. Or, dans le contexte de la chirurgie ambulatoire, cette information, qui doit porter sur le retour à domicile, la surveillance postopératoire et les conditions de sécurité, repose en grande partie sur la qualité de la relation instaurée lors de l'entretien d'accueil.

C'est donc bien l'entretien d'accueil qui garantit concrètement ce droit. Il relève pleinement du rôle autonome infirmier et mobilise à la fois des compétences cliniques, éducatives et relationnelles, reposant en grande partie sur la qualité de la relation instaurée lors de la prise en charge.

Rôle infirmier : une tension entre cure et care

Soigner une femme atteinte d'un cancer du sein, c'est traiter le corps malade, mais aussi accompagner une personne traversée par ce bouleversement. C'est en cherchant à comprendre cette tension que j'ai découvert la distinction proposée par Agata Zielinski (2010), philosophe et infirmière de formation. Elle décrit le métier d'infirmier comme reposant sur deux dimensions : le cure, dimension technique, scientifique et médicale du soin, et le care, dimension relationnelle et humaine, qui consiste à accompagner la personne dans sa globalité en reconnaissant sa vulnérabilité. En chirurgie ambulatoire, c'est la dimension du cure qui domine : les protocoles, la rapidité d'exécution et la sécurité priment. Mais le care (écouter, soutenir, reconnaître la souffrance) reste essentiel, surtout face à une patiente traversant une épreuve aussi intime qu'une mastectomie. Cette distinction rejoint la conception de Rogers (1961) qui, à travers la notion de relation d'aide, rappelle que le soin est avant tout une rencontre entre deux êtres, où l'empathie, l'écoute active et la congruence permettent de créer une véritable alliance thérapeutique. Ces deux approches permettent de comprendre que les limites du modèle ambulatoire (la charge de travail, la diminution du temps de présence du patient à l'hôpital et la standardisation) peuvent restreindre l'expression des valeurs professionnelles fondamentales du soignant.

L'émergence d'un questionnement professionnel

À la fin de l'entretien, j'avais respecté le protocole, complété le dossier, transmis les informations nécessaires ; pourtant je ressentais une forme d'insatisfaction, comme si mon travail restait inachevé. Comme le souligne Stute-Cadiot (2009), la frustration apparaît lorsqu'une personne ne parvient pas à atteindre un objectif ou à satisfaire un besoin. Ce besoin était celui de ne pas pouvoir pleinement « prendre soin » de la patiente dans sa globalité. En comparant cette expérience avec celle vécue en chirurgie conventionnelle, où le temps disponible m'avait permis d'accueillir l'angoisse de Madame F., de l'écouter et de lui proposer un accompagnement adapté, j'ai compris que ce n'était pas moi qui avais mal effectué mon

travail : peut-être que c'est le contexte organisationnel lui-même qui avait limité la dimension relationnelle du soin.

Le problème identifié est à la fois relationnel et éthique : relationnel car il touche directement la qualité du lien soignant-soigné ainsi que le temps consacré à la relation de soin ; éthique puisque cela interroge la capacité de l'infirmière à exercer pleinement son rôle autonome : le care, la relation d'aide, lorsque l'organisation ambulatoire impose le primat du cure. Il y a ainsi une tension entre les valeurs soignantes et le ressenti sur la qualité du travail réalisé, une tension qui invite à poursuivre la réflexion.

La qualité des soins : entre technicité et relation

Cette réflexion m'a amenée à m'interroger sur la notion de qualité des soins. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la qualité des soins est "une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé [...] et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins". Cette définition est éclairante : la qualité des soins ne se limite pas à l'efficacité technique des actes réalisés, elle comprend également la satisfaction du patient et la qualité du contact humain. Or, dans le contexte ambulatoire, c'est précisément cette dimension relationnelle qui semblait mise à l'épreuve. Il peut alors exister un écart entre la qualité de soin que les soignants souhaitent offrir, en lien avec leurs valeurs professionnelles, et la qualité de soin qu'ils peuvent réellement délivrer dans un contexte organisationnel contraint. C'est cette interrogation qui m'a conduite à formuler la question de départ suivante :

3. La question de départ

Lors d'un parcours de soin en chirurgie ambulatoire, comment l'instauration d'une relation de soin auprès d'une patiente atteinte d'un cancer du sein questionne-t-elle les valeurs soignantes et la qualité des soins ?

Etape 2 : Problématisation

1. Avis d’experts ou d’usagers

Afin d'enrichir ma réflexion et de confronter l’analyse de ma situation à la réalité du terrain, j'ai réalisé deux entretiens semi-directifs auprès de deux infirmières exerçant en chirurgie gynécologique conventionnelle et ambulatoire dans le même établissement. Ces entretiens ont été menés dans le respect des principes éthiques : recueil du consentement éclairé, anonymat et enregistrement avec accord des professionnelles. Le guide d’entretien ainsi que les retranscriptions complètes figurent en annexe de mon travail de fin d'études. Le dispositif retenu est celui de l'entretien semi-directif, d'une durée approximative de quinze à vingt minutes. Ce format permet de guider l'échange autour de thématiques précises tout en laissant au professionnel la liberté d'exprimer son expérience et sa réflexion personnelle. Le choix de ces

deux professionnelles se justifie par leur expérience dans la prise en charge de patientes atteintes d'un cancer du sein, ainsi que par leur pratique alternée entre chirurgie ambulatoire et conventionnelle, ce qui leur permet de porter un regard comparatif sur les deux contextes.

Analyse des entretiens

Ce que les entretiens confirment

Les professionnelles interrogées confirment ce que la littérature établit, la chirurgie ambulatoire garantit une qualité technique et une sécurité des soins satisfaisantes. Les protocoles sont maîtrisés, les critères d'inclusion bien identifiés, et la possibilité de réorienter la patiente vers une hospitalisation conventionnelle en cas de complication est connue et assumée. Ces témoignages rejoignent les conclusions de Bonnaud-Antignac et al. (2015) et Lobelle et al. (2017), qui concluent à la faisabilité et à la sécurité de la mastectomie en ambulatoire.

Les entretiens confirment également ce que la littérature évoque peu, la sécurité du retour à domicile ne repose pas uniquement sur les protocoles techniques, mais aussi sur la qualité de la transmission d'informations lors de la sortie. L'une des professionnelles décrit une attention particulière portée à ce moment, adaptant son langage pour que la patiente comprenne réellement les signes à surveiller. Cela illustre le lien étroit entre qualité relationnelle et sécurité des soins.

Les deux professionnelles confirment enfin que le premier pansement à domicile constitue un moment particulièrement critique, qui correspond précisément à la découverte du corps transformé, un moment qui, en hospitalisation conventionnelle, bénéficie d'un accompagnement infirmier direct. Ce constat rejoint les travaux de Reich (2009) sur l'image corporelle et la reconstruction identitaire après ablation mammaire, et souligne l'importance d'un accompagnement spécifique à ce moment. La brièveté de la prise en charge, le rythme de travail soutenu et la sortie rapide des patientes limitent les échanges et la possibilité d'instaurer une relation de confiance comparable à celle développée en hospitalisation conventionnelle.

Ce que les entretiens nuancent

Un élément inattendu est venu nuancer mon questionnement initial. En partant de mes lectures, j'avais supposé que le contexte ambulatoire modifiait les valeurs soignantes des infirmières. Or, l'une des professionnelles apporte une perspective différente, selon elle, ces valeurs sont intrinsèques à chaque soignant et ne varient pas selon le service. C'est leur expression concrète, c'est-à-dire la possibilité de les mettre en œuvre, qui se trouve contrainte par l'organisation ambulatoire, et non les valeurs elles-mêmes. Cette distinction, que mes lectures n'avaient pas clairement établie, est fondamentale. Elle déplace le problème du registre des valeurs vers celui des conditions d'exercice.

Ce que les entretiens apportent de nouveau

Au-delà de ce que la littérature avait déjà mis en évidence, les entretiens ont ouvert une autre réflexion, celle du vécu professionnel des infirmières et de son impact sur la relation de soin. Les deux professionnelles décrivent un contexte de travail marqué par une pression organisationnelle importante, un flux élevé de patients et une sollicitation constante qui laissent

peu de place à l'initiative relationnelle. L'une confie qu'elle s'implique moins sur le plan psychologique en ambulatoire et exprime une insatisfaction à l'égard de ce contexte de travail ; l'autre a l'impression que l'ambulatoire est davantage orienté vers la performance que vers la relation, avec une charge de travail qui réduit considérablement le temps disponible pour chaque patient.

Ces témoignages mettent en évidence un écart entre ce que les infirmières souhaiteraient offrir comme accompagnement et ce qu'elles peuvent réellement délivrer. Dans les deux cas, c'est le même mécanisme qui est à l'œuvre. Lorsque les conditions d'exercice limitent la possibilité de « prendre soin » en cohérence avec ses valeurs, la satisfaction professionnelle peut s'en trouver altérée. Dans ce contexte, le désengagement relationnel peut devenir une stratégie d'adaptation face à une situation vécue comme incompatible avec ses valeurs professionnelles. Cette tension entre le cure (soigner techniquement) et le care (prendre soin relationnellement), déjà évoquée par Zielinski (2010), est perçue par les deux professionnelles comme une source de perte de sens dans l'exercice du métier.

Ces témoignages reflètent un vécu singulier et ne sauraient être généralisés ; ils constituent néanmoins des indicateurs précieux pour orienter la suite de ma réflexion.

Comment les entretiens ont fait évoluer ma réflexion

Ces entretiens m'ont conduite à élargir significativement mon questionnement initial. En partant de ma situation d'appel, je m'interrogeais sur la manière dont la relation de soin en chirurgie ambulatoire pouvait influencer l'expression des valeurs soignantes et la perception de la qualité du travail. Les entretiens m'ont amenée à considérer une dimension supplémentaire et décisive : celle du vécu professionnel de l'infirmière elle-même et du sens qu'elle donne à son travail.

La relation de soin n'est pas une simple compétence à acquérir, c'est une relation vivante, influencée par le ressenti, les émotions et la motivation du soignant. Sa qualité dépend non seulement du contexte organisationnel et du temps disponible, mais aussi de la capacité du soignant à exercer en cohérence avec ses valeurs. L'authenticité, au sens de congruence entre ce que l'on fait et ce que l'on est (Rogers, 1961), donne sens au soin et participe pleinement à la qualité de la relation.

C'est cette prise de conscience qui m'a conduite à introduire le concept de satisfaction professionnelle dans mon cadre de référence.

2. Construction d'un cadre de référence

Mon cadre de référence théorique s'appuie sur deux concepts principaux : la relation de soin, en tant qu'expression concrète de la rencontre soignant-soigné au cœur de la pratique infirmière, et la satisfaction professionnelle, en tant que déterminant du sens donné au travail et de l'investissement infirmier dans la relation de soin. Entre ces deux concepts s'inscrit la dimension éthique du care, qui permet de comprendre la cohérence, mais aussi parfois la tension, entre les valeurs soignantes, le « prendre soin », et la réalité de l'exercice professionnel dans un contexte organisationnel contraint comme celui de la chirurgie ambulatoire. La qualité des soins constitue une notion transversale à l'ensemble de ce cadre de référence, elle est à la fois l'objectif

de la relation de soin et le critère à partir duquel le soignant évalue son propre travail et construit sa satisfaction professionnelle.

2.1 Cadre contextuel

2.1.1 L'émergence de la chirurgie ambulatoire : une réponse aux évolutions du système de santé français

Le système de santé français s'est profondément transformé depuis la création de la sécurité sociale en 1945. Fondé initialement sur un modèle hospitalo-centré où l'hospitalisation complète constituait la norme, il a progressivement évolué vers une organisation davantage centrée sur le patient et l'efficience des soins. C'est dans ce mouvement que s'inscrit le développement de la chirurgie ambulatoire, définie par la Haute Autorité de santé (HAS) comme une hospitalisation de moins de douze heures sans hébergement de nuit, dont l'essor s'est accéléré à partir des années 1970-1980 grâce aux progrès de l'anesthésie et de la chirurgie mini-invasive. En France, elle est officiellement encadrée par la loi du 31 juillet 1991. Les réformes successives ont accompagné et renforcé cette évolution. L'introduction de la tarification à l'activité (T2A) en 2004 a favorisé le développement de prises en charge plus courtes. La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009, puis la loi de modernisation du système de santé de 2016, ont confirmé l'ambulatoire comme axe stratégique prioritaire (Safon, 2021 ; Service de documentation de l'EHESP, 2024). Depuis 2019, l'ambulatoire est devenu le modèle dominant pour la majorité des prises en charge chirurgicales. Selon Unicancer (s.d.), cette tendance va encore s'accentuer dans les années à venir : les patients ne dormiront plus à l'hôpital et seront opérés dans la journée grâce à des chirurgies moins invasives, une organisation optimisée et un suivi renforcé à domicile, dans le cadre notamment des programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC). Ce développement répond à des enjeux économiques, démographiques et organisationnels, mais il s'inscrit aussi dans une évolution plus profonde : celle de la place du patient dans le système de soins.

2.1.2 Une évolution de la relation soignant-soigné : vers un patient acteur de sa santé

Parallèlement à cette transformation organisationnelle, la relation entre le soignant et le patient a profondément évolué. Historiquement fondée sur une asymétrie dans laquelle le professionnel de santé, détenteur du savoir, prenait les décisions pour le « bien » du patient, cette relation a progressivement évolué vers un modèle de partenariat, dans lequel le patient revendique une place active et participe aux décisions qui le concernent.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé constitue une étape fondamentale dans cette évolution. Elle affirme le droit de toute personne à être informée sur son état de santé et à donner un consentement libre et éclairé, conformément aux articles L. 1111-2 et L.1111-4 du Code de la santé publique. Le patient devient ainsi acteur de sa prise en charge, capable de choisir et de décider pour lui-même.

Cette évolution rejoint la notion d'empowerment, définie par Fayn et al. (2017) comme la capacité du patient à accéder au pouvoir, à négocier et à influer sur le cours de sa vie et de sa santé. Dans le contexte de la chirurgie ambulatoire, cette logique d'empowerment prend tout son sens. Les patientes choisissent ce mode d'hospitalisation pour passer moins de temps à l'hôpital, perçoivent l'intervention comme moins anxiogène et expriment le souhait de rentrer rapidement dans leur environnement familier (Bonnaud-Antignac et al., 2015). L'ambulatoire s'inscrit donc dans une réponse aux attentes d'une société dans laquelle le patient souhaite être partenaire de sa prise en charge et non plus simple bénéficiaire.

2.1.3 Le cancer du sein : une indication privilégiée de la chirurgie ambulatoire

Dans ce contexte, le cancer du sein occupe une place particulière. Avec plus de 61 000 nouveaux cas diagnostiqués en 2023 et une survie à cinq ans d'environ 88 % lorsque le cancer est détecté tôt (INCa, s.d.), il constitue la pathologie cancéreuse la plus fréquente chez la femme en France et un enjeu majeur de santé publique. La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, pilotée par Institut National du Cancer (l'INCa), fait du développement de la chirurgie ambulatoire en cancérologie une priorité nationale, dans une logique de prises en charge moins invasives et de meilleure qualité de vie.

Les données épidémiologiques confirment une progression significative de ce mode de prise en charge. Entre 2010 et 2015, la part des exérèses carcinologiques réalisées en ambulatoire est passée de 4,5 % à 10,6 % des séjours chirurgicaux pour cancer (Luu et al., 2018). Le cancer du sein s'impose comme la spécialité la plus concernée, représentant 54,6 % de l'ensemble des séjours ambulatoires en cancérologie. Plus précisément, la part ambulatoire pour les mastectomies partielles est passée de 20,4 % à 52,1 % sur cette même période, témoignant d'une transformation profonde et rapide des pratiques (Luu et al., 2018).

Pour accompagner et structurer cette évolution, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et l'INCa ont lancé en juillet 2015 un appel à projets destiné aux équipes chirurgicales autorisées à la chirurgie du cancer. Sur 113 projets enregistrés, 36 ont été retenus pour un financement total de 3 millions d'euros, dont 23 concernaient spécifiquement le cancer du sein (DGOS, s.d.). Cette initiative, inscrite dans le Plan Cancer 2014-2019, témoigne d'une volonté institutionnelle forte de faire de la chirurgie ambulatoire un axe stratégique du parcours de soins en cancérologie.

Plusieurs études confirment que la chirurgie mammaire en ambulatoire est aujourd'hui réalisable et sécurisée, avec un taux de complications comparable à celui observé en hospitalisation conventionnelle (Lobelle et al., 2017 ; Bonnaud-Antignac et al., 2015 ; DGOS, s.d.). Lorsque l'organisation est adaptée, elle est associée à un haut niveau de satisfaction des patientes, environ 96 % (Bonnaud-Antignac et al., 2015). Toutefois, l'éligibilité à ce parcours repose sur des critères précis, intégrant des dimensions médicales, sociales et psychologiques. Parmi les facteurs limitants figurent notamment un âge supérieur à 70 ans, un isolement social ou la présence d'une anxiété importante (Scattarelli et al., 2020).

Car si la mastectomie peut être réalisée techniquement en ambulatoire, elle ne se réduit pas à un acte chirurgical comme les autres. Elle représente une atteinte symbolique du corps,

susceptible d'affecter profondément l'image corporelle, l'identité féminine et la vie psychique des femmes (Lehmann, 2014 ; Reich, 2009). Sur le plan psychique, elle peut provoquer choc, tristesse, sentiment de mutilation ou peur de la récidive. Cette dimension émotionnelle et psychologique rend l'accompagnement de la patiente particulièrement exigeant, et interroge la capacité du modèle ambulatoire à y répondre pleinement.

2.1.4 La relation de soin : une compétence reconnue dans le référentiel infirmier

L'évolution de la place du patient dans le système de soins s'est également traduite dans la formation infirmière. Depuis la réforme de 2009, la relation de soin est officiellement reconnue comme une compétence professionnelle à part entière, intégrée à la compétence 6 « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins » du référentiel de compétences du diplôme d'État infirmier (Ministère de la Santé et des Sports, 2009), conformément aux articles R. 4311-1 à R.4311-15 du Code de la santé publique. Cette compétence implique notamment d'accueillir et d'écouter la personne en tenant compte de son histoire de vie, d'instaurer un climat de confiance, d'adapter la communication verbale et non verbale, et d'identifier les besoins spécifiques de relation en situation de détresse. Elle s'acquiert à travers des unités d'enseignement centrées sur la communication et l'éthique, ainsi qu'en stage, où l'étudiant met en œuvre concrètement ces habiletés relationnelles face aux patients et à leurs familles.

2.1.5 Synthèse

La chirurgie ambulatoire s'est imposée comme un modèle incontournable du système de santé français, répondant à la fois à des enjeux économiques, démographiques et organisationnels, tout en offrant une prise en charge techniquement sécurisée et adaptée aux attentes d'un patient acteur de sa santé. Les projections d'Unicancer (s.d.) confirment que cette tendance va encore s'intensifier dans les années à venir, rendant la réflexion sur l'accompagnement humain d'autant plus urgente. Dans le cas particulier de la mastectomie, l'intervention dépasse le seul acte chirurgical, elle touche à l'image corporelle et à l'identité de la femme, rendant l'accompagnement humain d'autant plus essentiel. Or, la brièveté de l'hospitalisation et la pression organisationnelle qui en découle peuvent fragiliser cette dimension relationnelle. C'est cette réalité qui invite à interroger les concepts de relation de soin et de satisfaction professionnelle.

2.2 Cadre conceptuel

2.2.1 Relation de soin

2.2.1.1 Définition

Le terme « relation » provient du latin relatio, signifiant « rapport », « lien », « connexion », et le mot « soin » du latin cura, signifiant « souci de », « prendre soin ». La relation de soin peut ainsi être comprise comme un lien humain et professionnel entre un soignant et une personne soignée, fondé sur l'attention, l'écoute et la considération de l'autre (Définition de RELATION | Portail lexical, s. d.; Définition de SOIN | Portail lexical, s. d.).

Selon Merkling (2024), la relation de soin est un concept transversal à l'activité de soin. Elle constitue l'espace interpersonnel dans lequel s'inscrit le soin : non pas un simple cadre passif, mais un contenant dynamique qui produit un effet sur ce qu'il contient. Sa finalité est d'offrir au patient la possibilité de mieux supporter les répercussions de sa maladie sur son existence.

Plusieurs auteurs ont contribué à structurer cette conception. Virginia Henderson (1964) place la relation au cœur d'une pratique infirmière attentive et individualisée, visant à accompagner la personne vers l'autonomie. Carl Rogers (1961) en précise la posture relationnelle, fondée sur l'empathie, la congruence et la considération positive inconditionnelle. Hildegard Peplau souligne quant à elle la valeur thérapeutique de la relation elle-même, structurée autour de phases successives d'accompagnement.

Ainsi, la relation de soin est une relation professionnelle interpersonnelle, inscrite dans un contexte de vulnérabilité, qui dépasse la réalisation d'actes techniques pour constituer un levier fondamental du processus d'aide et un outil professionnel à part entière.

2.2.1.2 Les attributs

Au-delà de la réalisation d'actes techniques, la relation de soin constitue une réalité complexe et multidimensionnelle. Elle se caractérise par plusieurs attributs essentiels qui en définissent la nature et la qualité.

La dimension intersubjective

La relation de soin est, par nature, une relation intersubjective. Selon Merkling (2024), la relation constitue l'espace interpersonnel dans lequel s'inscrit le soin, un espace dynamique dont la nature est fondamentalement intersubjective. Pour Stern (2003, cité dans Merkling, 2024), l'intersubjectivité se caractérise par une expérience dans laquelle la conscience de chacun recouvre et inclut partiellement celle de l'autre. Dupont (2004, cité dans Merkling, 2024) la décrit comme une relation dans laquelle les subjectivités se recouvrent mutuellement, s'influençant l'une l'autre. Dans la relation de soin, cela implique que le soignant soit durablement concerné par la détresse du patient et par les répercussions de son problème de santé sur sa vie. La relation de soin n'a donc pas pour simple fonction d'accompagner le geste technique, mais constitue un vecteur de réconfort et de mieux-être pour la personne soignée, lui permettant de mieux supporter son état de malade.

L'empathie

L'empathie constitue une composante essentielle de la relation de soin. Pour Rogers (1961), elle correspond à la capacité de comprendre le vécu subjectif de l'autre, sans le juger et sans se confondre avec ses émotions. Elle ne se limite pas à communiquer des informations ou des conseils, mais suppose une écoute active et compréhensive, centrée sur la personne. L'empathie permet au soignant de reconnaître la souffrance physique ou psychologique de la personne soignée et de lui apporter une réponse adaptée à ce qu'elle vit réellement. Elle favorise ainsi le sentiment d'être compris, la qualité de la communication et l'instauration d'un lien de confiance. Dans le contexte d'une mastectomie en chirurgie ambulatoire, où le temps est court et la prise en charge organisationnelle intense, prendre un moment pour un échange empathique permet

de reconnaître la portée symbolique de l'intervention et de donner à la patiente le sentiment d'être considérée dans sa globalité.

La confiance

La confiance est une notion largement étudiée dans des domaines variés, de la psychologie à la sociologie en passant par la philosophie, ce qui témoigne de son caractère fondamental dans les relations humaines. Elle engage deux dimensions indissociables : la confiance en soi et la confiance en l'autre, qui interagissent mutuellement dans la relation soignant-soigné (Usclade, 2024). Elle implique pour le soigné d'accepter de s'exposer à l'autre, reconnaissant ainsi une forme de vulnérabilité inhérente à la situation de soin. Pour Rogers (1961), elle est la base d'une relation authentique, construite dans une attitude de non-jugement, de bienveillance et de considération positive inconditionnelle. Elle ne s'installe pas spontanément mais se construit progressivement, par la cohérence des informations délivrées, la disponibilité du soignant, la clarté des explications et une attitude rassurante. Elle conditionne l'adhésion du patient au soin et doit être entretenue tout au long du parcours de soins (Carter, 2009), permettant à la patiente de se sentir en sécurité et d'exprimer ses inquiétudes. Dans le contexte de la chirurgie ambulatoire, où la patiente repart le jour même de son intervention, la confiance instaurée lors de la prise en charge devient un levier essentiel d'autonomie, lui permettant de rentrer à domicile avec un sentiment de sécurité et de continuité des soins.

La reconnaissance de la personne

La relation de soin implique la reconnaissance de la personne dans sa singularité, son histoire, ses valeurs, sa culture et son vécu. Cette dimension s'appuie sur l'approche centrée sur la personne développée par Carl Rogers (1961), dont le postulat fondamental est que toute personne est unique au monde et possède en elle-même la capacité de résoudre ses problèmes. Rogers souligne que chaque être humain a une tendance innée à se maintenir en équilibre et à s'améliorer. Dans cette perspective, le soignant ne se positionne pas comme expert détenteur de la solution, mais comme accompagnateur respectueux de la singularité de la personne, dans une attitude de non-jugement et de bienveillance. Dans le contexte d'une mastectomie, deux patientes peuvent traverser la même intervention de manière très différente : l'une peut avoir un rapport difficile à son corps, l'autre non, le soutien familial peut varier, tout comme le besoin d'informations ou la capacité à gérer le retour à domicile. Même si la chirurgie ambulatoire repose sur une organisation standardisée, la relation de soin doit rester individualisée et adaptée à chaque personne.

La communication

La communication constitue l'outil concret à travers lequel la relation de soin se construit et s'exprime. Selon Anzieu (2013), elle est l'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue la mise en relation d'une ou plusieurs personnes en vue d'atteindre certains objectifs. Elle ne se limite pas aux échanges verbaux : Bateson et l'école de Palo Alto soulignent qu'il est impossible de ne pas communiquer (Marc et Picard, 2006). Tout comportement, tout silence, tout geste a valeur de message. Dans le contexte de la chirurgie ambulatoire, cette approche invite le soignant à être attentif aux signaux non verbaux de la patiente (une voix basse, un regard fuyant, des mains crispées) qui peuvent exprimer une anxiété

que les mots ne formulent pas. Comme le rappelle Henderson (citée dans Pellissier, 2006), la communication constitue un besoin fondamental de l'être humain, indissociable de la relation de soin. Une communication ajustée devient alors un levier essentiel pour soutenir l'autonomie de la patiente et garantir la sécurité des soins à domicile.

La posture professionnelle

La qualité de la relation de soin dépend également de la posture adoptée par le soignant dans l'interaction. Porter (cité dans Huet et al., 2020) identifie six attitudes soignantes qui déterminent la qualité et le style d'écoute dans chaque échange : l'évaluation, l'interprétation, le soutien, l'investigation, le conseil et la compréhension. Parmi ces attitudes, c'est l'attitude de compréhension qui favorise le mieux la relation de soin, elle consiste à écouter sans jugement, à laisser la personne s'exprimer pleinement avant de reformuler ce qu'elle a dit. À l'inverse, des attitudes de jugement ou de conseil peuvent freiner l'expression du patient et nuire à la qualité de la relation. Cette notion rejoint la congruence décrite par Rogers (1961), c'est-à-dire la capacité du soignant à être en accord avec ses émotions, ses pensées et ses actions, dans une disponibilité intérieure pour accueillir ce que dit l'autre. Dans le contexte de la chirurgie ambulatoire, où le temps est limité et la pression organisationnelle importante, maintenir une posture de compréhension représente un véritable défi pour le soignant, mais constitue néanmoins un levier essentiel pour créer rapidement un espace de confiance et favoriser l'expression des inquiétudes de la patiente.

2.2.1.3 Synthèse

La relation de soin se révèle ainsi comme une réalité complexe et multidimensionnelle, qui dépasse largement la simple réalisation d'actes techniques. Elle repose sur une dimension intersubjective fondamentale (la rencontre entre deux personnes) et se construit à travers l'empathie, la confiance, la reconnaissance de la singularité de la personne, la communication et une posture professionnelle adaptée. Ces attributs ne sont pas indépendants les uns des autres, ils s'articulent et se renforcent mutuellement pour former un accompagnement global et individualisé. En ce sens, la relation de soin constitue l'expression concrète des valeurs professionnelles que le soignant porte en lui (Péoc'h et Ceaux, 2012).

Dans le contexte particulier de la mastectomie en chirurgie ambulatoire, cette dimension relationnelle prend une importance capitale. La patiente est confrontée à une chirurgie lourde de sens, touchant à l'image corporelle, à l'identité féminine et à la réalité de la maladie cancéreuse (Reich, 2009). Elle repart le jour même de son intervention, avec la charge de sa surveillance postopératoire à domicile. Dans ce contexte, la relation de soin devient un levier essentiel. Elle permet à la patiente d'exprimer ses émotions et ses craintes, de comprendre et d'adhérer aux soins, et de rentrer à domicile avec un sentiment de confiance et de sécurité.

Cependant, lorsque le contexte organisationnel contraint l'expression de cette relation et des valeurs qui la sous-tendent, c'est le vécu professionnel du soignant lui-même qui peut s'en trouver affecté. C'est cette réalité qui conduit naturellement à interroger le concept de satisfaction professionnelle.

2.2.2 La satisfaction professionnelle

2.2.2.1 Définition

Le terme « satisfaction » provient du latin *satisfactio*, qui désigne initialement l'action d'acquitter une dette ou de réparer une faute. Au fil du temps, ce terme a évolué pour désigner un état de contentement ou de bien-être ressenti lorsque la réalité correspond aux attentes de l'individu. Le terme « professionnel » renvoie quant à lui à tout ce qui concerne l'exercice d'un métier ou d'une activité professionnelle (PROFESSIONNEL : Etymologie de PROFESSIONNEL, s. d.; SATISFACTION : Etymologie de SATISFACTION, s. d.).

Les premières réflexions autour de la satisfaction au travail émergent dans les années 1960, dans le champ de la psychologie du travail et de la sociologie des organisations. Locke (1969, cité dans Louche, 2018) propose une définition devenue classique : la satisfaction professionnelle est un état émotionnel résultant de la relation perçue entre ce qu'un individu attend de son travail et ce qu'il en retire réellement. Une concordance entre attentes et résultats favorise la satisfaction, tandis qu'un écart entre ces deux dimensions peut générer une insatisfaction.

Weiss (2002, cité dans Louche, 2018) complète cette approche en considérant la satisfaction professionnelle comme une attitude. Un jugement évaluatif, positif ou négatif, porté sur le travail ou la situation de travail. Cette attitude repose sur trois composantes (Rosenberg et Hovland, 1960, cités dans Louche, 2018) : une composante cognitive, liée aux perceptions et aux connaissances du travail ; une composante affective, correspondant aux émotions ressenties ; et une composante comportementale, qui influence l'engagement et les actions du professionnel.

Ainsi, la satisfaction professionnelle peut être définie comme un état de bien-être ressenti par un individu lorsque les conditions d'exercice de son activité correspondent à ses attentes, à ses valeurs et à ses aspirations.

2.2.2.2 Les attributs

Au-delà de sa définition, la satisfaction professionnelle se caractérise par plusieurs attributs essentiels qui permettent d'en saisir les dimensions et d'en analyser les déterminants dans le contexte de la pratique infirmière.

La satisfaction professionnelle comme réponse à un besoin fondamental

La satisfaction professionnelle ne constitue pas un simple confort ou un avantage accessoire, elle répond à un besoin fondamental de l'être humain. Selon Devillers (2021), le besoin est inhérent à la nature humaine et nécessite des réponses adaptées pour maintenir la personne en bonne santé physique et mentale. Cette conception du besoin s'inscrit dans une longue tradition de recherche en psychologie. Maslow (cité dans Devillers, 2021) établit une hiérarchie des besoins humains allant des besoins physiologiques de base jusqu'aux besoins d'estime de soi et de réalisation de soi. C'est précisément à ce niveau supérieur que s'inscrit la satisfaction professionnelle. Elle correspond au besoin de se réaliser dans son travail, de se sentir utile et compétent, et d'exercer une activité qui a du sens. Dans le contexte infirmier, lorsque les conditions d'exercice empêchent le soignant de répondre à ce besoin, notamment lorsque la

relation de soin ne peut s'exprimer pleinement, c'est son équilibre psychologique et professionnel qui peut s'en trouver affecté.

Le sentiment d'accomplissement

Le sentiment d'accomplissement constitue l'un des déterminants essentiels de la satisfaction professionnelle. Frederick Herzberg est un psychologue américain reconnu pour ses travaux sur la motivation au travail. Dans sa théorie bifactorielle élaborée dans les années 1950-1960 (cité dans Arnaud et Lomellini, 2024), distingue deux catégories de facteurs influençant le vécu au travail. Les facteurs d'hygiène, liés aux conditions de travail telles que la rémunération, l'environnement ou les relations hiérarchiques, sont ceux dont l'absence génère de l'insatisfaction sans pour autant produire de satisfaction. Les facteurs de motivation, liés au contenu même du travail, tels que la responsabilité, la reconnaissance et le sentiment d'accomplissement, sont quant à eux ceux qui génèrent une véritable satisfaction professionnelle. C'est donc ce second groupe qui constitue le moteur de l'engagement et de l'épanouissement au travail. Dans le contexte infirmier, Madeleine Estryn-Béhar (2008) était un médecin du travail et chercheuse en ergonomie reconnue pour ses contributions à l'amélioration des conditions de travail dans les hôpitaux, confirme que les soignants qui disposent du temps nécessaire pour accompagner leurs patients et leur offrir une prise en charge globale ressentent davantage de satisfaction et d'accomplissement dans leur travail. Lorsque le soignant parvient à établir une relation de soin ajustée, à accompagner une patiente dans une épreuve difficile et à percevoir l'impact positif de son intervention, il ressent un sentiment d'utilité et d'accomplissement qui nourrit sa satisfaction professionnelle. À l'inverse, lorsque le contexte organisationnel comme celui de la chirurgie ambulatoire limite cette possibilité, ce sentiment peut s'en trouver altéré

La perception de la qualité du travail réalisé

Madeleine Estryn-Béhar (2008) a consacré une grande partie de ses travaux à l'étude des conditions de travail des soignants et à leur impact sur la qualité des soins. Dans son étude PRESST « Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail » elle met également en évidence que les soignants les plus insatisfaits sont ceux qui n'ont pas suffisamment de temps pour parler avec leurs patients et leur donner des soins de qualité. Par ailleurs, ses travaux soulignent que la faiblesse du travail d'équipe constitue le facteur le plus influençant l'intention de quitter la profession, et que le burnout double cette intention d'abandon (Estryn-Béhar, 2008 ; étude PRESST-NEXT). Lorsque les conditions d'exercice empêchent le professionnel de réaliser un travail conforme à ses valeurs et à sa conception du soin, cela génère frustration, perte de sens et insatisfaction professionnelle. Cet écart entre ce que le soignant souhaite offrir comme accompagnement, en lien avec ses valeurs professionnelles, et ce qu'il peut réellement délivrer dans un contexte contraint, constitue une source majeure d'insatisfaction. Dans le contexte de la chirurgie ambulatoire, où le temps est limité et la priorité donnée à la technicité, cet écart peut être particulièrement prégnant pour les infirmières prenant en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein.

Le sens donné au travail

Le sens du travail correspond à la signification que le professionnel attribue à son activité. Morin (2006, citée dans Louche, 2018) le définit comme la signification que le sujet donne au travail, la valeur qu'il lui attribue et les représentations qu'il en a. Il ne se limite pas à la réalisation de tâches techniques, mais renvoie à l'utilité perçue du travail, aux valeurs qu'il mobilise et à la cohérence entre ce que le professionnel souhaite faire et ce qu'il peut réellement accomplir. Selon Locke (1969, cité dans Louche, 2018), la satisfaction professionnelle naît précisément de cette concordance entre ce que l'individu attend de son travail et ce qu'il en retire réellement. Lorsque cette concordance existe, le professionnel trouve du sens à son activité et s'y investit pleinement. Dans la profession infirmière, le sens du travail est fortement lié à la relation de soin, à l'accompagnement des patients et au « prendre soin ». La possibilité d'établir une relation de soin de qualité constitue ainsi une source importante de sens et de satisfaction professionnelle. Zaghmouri (2024), maître de conférences en sciences de gestion spécialisée dans le management des organisations de santé, confirme que le temps soignant constitue un facteur fédérateur de la valeur du soin et un levier essentiel de recherche de sens pour les professionnels de santé. Elle souligne que le développement des prises en charge en ambulatoire a conduit à une technicisation de l'hôpital, parfois au détriment de la relation de soins, générant une perte de sens et un épuisement des professionnels face à une souffrance qu'ils n'ont plus le temps d'accompagner. Cette perte de sens, lorsqu'elle s'installe, peut entraîner un désengagement progressif ou un recentrage sur les tâches techniques, au détriment de la dimension relationnelle du soin. Dans le contexte de la chirurgie ambulatoire, où la pression organisationnelle peut limiter l'expression du care, le risque de perte de sens est particulièrement présent.

2.2.2.3 Synthèse

La satisfaction professionnelle se révèle ainsi comme un concept multidimensionnel, ancré dans les besoins fondamentaux de l'être humain et étroitement lié aux conditions d'exercice du métier. Elle se construit à travers le sentiment d'accomplissement, la cohérence avec ses valeurs professionnelles, la perception de la qualité du travail réalisé et le sens donné au travail. Ces attributs ne sont pas indépendants les uns des autres, ils s'articulent et se renforcent mutuellement pour former un équilibre professionnel fragile, particulièrement sensible aux contraintes organisationnelles.

Dans le contexte de la chirurgie ambulatoire, cet équilibre peut être mis à l'épreuve. Le temps soignant, pourtant identifié comme facteur fédérateur de la valeur du soin (Zaghmouri, 2024), se trouve réduit sous l'effet du rythme soutenu et de la pression organisationnelle. Lorsque les conditions d'exercice ne permettent plus d'établir une relation de soin de qualité, c'est l'ensemble de ces attributs qui s'en trouve fragilisé : le soignant ne peut plus pleinement s'accomplir, exercer en cohérence avec ses valeurs, percevoir son travail comme étant de qualité, ni trouver du sens à son activité. Comme le souligne Locke (1969, cité dans Louche, 2018), c'est précisément cet écart entre ce que le soignant attend de son travail et ce qu'il peut réellement accomplir qui constitue une source majeure d'insatisfaction, pouvant conduire à frustration, perte de sens et désengagement progressif.

C'est donc la satisfaction professionnelle du soignant qui pourrait conditionner en partie la qualité de la relation de soin qu'il est en mesure d'établir. Ce lien entre les deux concepts constitue le cœur de la suite de ma recherche.

Le "prendre soin" : notion transversale reliant les deux concepts

Au cœur de ces deux concepts se trouve une notion qui les traverse et les relie : celle du *prendre soin*, ou *care*, telle que la développe Zielinski (2010). Si la relation de soin constitue l'espace dans lequel le soignant rencontre le patient, et si la satisfaction professionnelle traduit le sens que le soignant donne à son travail, c'est le *care* qui en constitue le fondement commun. Prendre soin, c'est reconnaître la vulnérabilité de l'autre et s'y engager, non seulement à travers des actes techniques relevant du *cure*, mais à travers une présence et une attention qui donnent à la relation de soin sa dimension humaine.

C'est précisément ce lien entre *care*, relation de soin et vécu professionnel qui invite à interroger dans quelle mesure la satisfaction professionnelle perçue par l'infirmière peut façonner positivement ou non la manière dont elle entre en relation avec ses patientes. Le *prendre soin* devient ainsi le fil conducteur permettant d'explorer les interactions entre ces deux concepts, sans présupposer la nature de cette influence.

3. Reformuler la problématique

La chirurgie ambulatoire s'est imposée comme le modèle dominant du système de santé français, en réponse à des impératifs économiques, démographiques et organisationnels croissants. Si ce modèle offre une prise en charge techniquement sécurisée, il soulève des interrogations particulières dans le cas de la mastectomie. Cette intervention dépasse en effet le seul acte chirurgical : elle touche à l'image corporelle et à l'identité féminine, faisant de l'accompagnement relationnel un élément central du parcours de soin. C'est précisément la relation de soin qui permet à la patiente d'exprimer ses émotions, de s'approprier sa situation et de rentrer à domicile avec un sentiment de sécurité et de continuité.

Les travaux de Madelaine Estryn-Béhar (2008) montrent que lorsque les soignants ne peuvent exercer en cohérence avec leurs valeurs ni offrir des soins conformes à leur conception du « prendre soin », leur vécu professionnel peut s'en trouver affecté, se traduisant par une frustration, une perte de sens ou une insatisfaction au travail. Noura Zaghmouri (2024) souligne quant à elle que l'évolution des modes de financement et le développement de certaines prises en charge ont conduit à une technicisation de l'hôpital, parfois au détriment de la relation de soins, pouvant générer une perte de sens pour les professionnels de santé. Ces éléments de littérature invitent à interroger le lien entre contexte d'exercice, vécu professionnel et qualité de la relation de soin ; sans pour autant présupposer la nature de ce lien.

Dans ce contexte, les entretiens exploratoires menés auprès d'infirmières exerçant en chirurgie ambulatoire ont mis en lumière une réalité complexe. Les professionnelles interrogées évoquent notamment un rythme de travail soutenu et un flux de patients important comme des caractéristiques propres à ce contexte, qui semblent jouer un rôle dans leur vécu professionnel ; sans que le sens de cette influence soit pour autant univoque. En effet, si certaines décrivent un

écart entre l'accompagnement qu'elles souhaiteraient offrir et celui qu'elles peuvent réellement mettre en œuvre, d'autres parviennent à maintenir une relation de soin qu'elles jugent satisfaisante malgré ces mêmes réalités. Ces témoignages soulèvent alors une question fondamentale : est-ce le vécu professionnel de l'infirmière elle-même, et notamment la satisfaction qu'elle retire de son travail, qui conditionne en partie la qualité de la relation de soin qu'elle établit avec ses patientes ?

C'est ce lien entre satisfaction professionnelle perçue et qualité de la relation de soin qui constitue le cœur de cette recherche, dans le contexte spécifique de la prise en charge de patientes atteintes d'un cancer du sein en chirurgie ambulatoire : un contexte qui, par ses caractéristiques propres, offre un terrain particulièrement propice pour explorer cette question.

Etape 3 : Choix de la focale

1. La focale

À l'issue de l'analyse des entretiens et de la reformulation de la problématique, plusieurs angles d'approche étaient envisageables. Il aurait été possible d'explorer les stratégies organisationnelles permettant de préserver la relation de soin en chirurgie ambulatoire, ou encore de s'intéresser aux attentes des patientes atteintes d'un cancer du sein quant à l'accompagnement relationnel reçu.

Cependant, ce sont les témoignages des infirmières elles-mêmes qui ont orienté mon choix. Les deux professionnelles interrogées décrivent un écart entre ce qu'elles souhaiteraient offrir comme accompagnement et ce qu'elles peuvent réellement délivrer dans le contexte de la chirurgie ambulatoire, évoquant parfois un sentiment de désengagement relationnel ou une perte de sens. Ce vécu professionnel, insuffisamment documenté dans la littérature consultée, m'a conduite à choisir comme focale le lien entre la satisfaction professionnelle perçue par l'infirmière et la qualité de la relation de soin qu'elle établit.

Ce choix s'inscrit dans une visée compréhensive : il ne s'agit pas de mesurer ou de démontrer un lien de causalité, mais de comprendre comment le vécu professionnel de l'infirmière et notamment la perception qu'elle a de sa propre satisfaction au travail, peut influencer la manière dont elle entre en relation avec la patiente. Cette orientation permet d'appréhender la relation de soin non plus seulement comme une compétence professionnelle, mais comme une réalité vivante, traversée par les émotions, le sens donné au travail et la cohérence entre valeurs et pratique.

2. La question de recherche

Cette focale se traduit par la question de recherche suivante :

En quoi la satisfaction professionnelle perçue par les infirmières en chirurgie ambulatoire peut-elle influencer la qualité de la relation de soin établie avec les patientes atteintes d'un cancer du sein ?

Cette question de recherche à visée compréhensive articule deux concepts en interaction : la satisfaction professionnelle perçue par l'infirmière et la qualité de la relation de soin qu'elle est en mesure d'établir. Elle ne présuppose pas la nature de ce lien, qu'il soit positif, négatif ou conditionnel mais cherche à le comprendre à partir de l'expérience et du vécu singulier des infirmières exerçant auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein en chirurgie ambulatoire.

Etape 4 : Construction d'un modèle d'analyse

1. Définition des objectifs de l'enquête

L'objectif de cette enquête est de nature compréhensive. Il s'agit de comprendre dans quelle mesure la satisfaction professionnelle perçue par les infirmières exerçant en chirurgie ambulatoire peut être liée à la qualité de la relation de soin qu'elles établissent avec les patientes atteintes d'un cancer du sein.

Plus précisément, cette investigation vise trois sous objectifs articulés. Le premier consiste à explorer le vécu professionnel des infirmières en chirurgie ambulatoire, notamment les éventuelles tensions ressenties entre leurs valeurs soignantes et les réalités propres à ce contexte. Le deuxième vise à comprendre si et comment ce vécu professionnel peut se répercuter sur leur engagement dans la relation de soin et sur la manière dont elles entrent en relation avec leurs patientes. Le troisième cherche à saisir le sens que les infirmières donnent à leur travail dans ce contexte particulier, et la manière dont cette perception du sens peut conditionner la qualité de l'accompagnement relationnel offert aux patientes atteintes d'un cancer du sein.

Les données recherchées sont donc de nature qualitative : il s'agit de recueillir le discours, le ressenti et l'expérience vécue des professionnelles, afin d'accéder au sens qu'elles attribuent à leur pratique et à leur vécu professionnel.

2. Choix de la méthode d'enquête

La visée compréhensive de cette étude oriente naturellement vers une approche qualitative. Cette approche cherche à comprendre un phénomène à partir du point de vue subjectif des personnes qui le vivent, selon un raisonnement empirico-inductif : on part des expériences concrètes et singulières des professionnelles pour construire progressivement une réflexion. Les résultats obtenus ne visent pas la généralisation statistique mais la transférabilité, ils permettent d'éclairer une réalité singulière susceptible de faire écho à d'autres contextes similaires.

Cette méthode est particulièrement adaptée à cet objet d'étude dans la mesure où la satisfaction professionnelle et la relation de soin sont des réalités fondamentalement subjectives, qui ne peuvent s'appréhender qu'à travers le discours et l'expérience vécue des professionnelles.

L'outil d'enquête retenu est l'entretien individuel semi-directif. À partir d'un guide de questions ouvertes préétablies, il permet à chaque professionnelle de s'exprimer librement sur son vécu singulier, tout en maintenant un fil conducteur centré sur l'objet de recherche. Il favorise ainsi l'émergence du sens que chaque personne donne à son expérience, dans une perspective individuelle et subjective. Lors de la conduite des entretiens, des techniques de reformulation issues de l'écoute active seront mobilisées afin d'amener l'interviewée à développer et approfondir sa pensée, sans pour autant orienter ses réponses. Les entretiens seront conduits jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'au moment où les entretiens supplémentaires n'apportent plus d'éléments nouveaux et où les données recueillies se recoupent et se confirment mutuellement.

3. Elaboration des indices et manifestations

Le cadre théorique déployé en étape 2 permet d'identifier des thèmes a priori susceptibles d'orienter le recueil et le traitement des données. Avant de les présenter, il convient de préciser deux notions essentielles à la démarche.

Un indice correspond à un élément observable dans le discours ou le comportement d'une personne, qui permet de repérer ou d'interpréter un phénomène étudié. Il constitue une trace du phénomène sans être le phénomène lui-même. Par exemple, dans le cadre de cette recherche, dire *« je n'ai pas le temps de faire du relationnel »* ou évoquer une fatigue persistante constituent des indices de satisfaction ou d'insatisfaction professionnelle.

Une manifestation correspond à la manière concrète dont un phénomène apparaît dans la réalité. Elle représente l'expression observable d'un phénomène à travers des comportements, des attitudes, des paroles ou des situations vécues. Par exemple, la perte de sens au travail peut se manifester par un désengagement progressif, une distance avec les patientes ou un recentrage sur les tâches techniques au détriment de la relation.

➔ Concept n°1 : La satisfaction professionnel

Attributs	Ce qu'on cherche à comprendre	Indices (Ce qu'on cherche à repérer dans le discours de l'infirmière pendant l'entretien)	Manifestations (Comment le phénomène s'exprime concrètement dans sa pratique)
Sentiment d'accomplissement	L'infirmière se sent-elle utile et accomplie dans son travail ? C'est une dimension émotionnelle et	Expressions relatives au sentiment d'utilité, d'accomplissement ou au contraire de frustration face à ce qui n'a pas pu être réalisé	Évocation de situations concrètes où elle a pu offrir un soin qu'elle juge de qualité, ou au contraire de situations où

	identitaire ("se sentir utile, fière")		elle n'a pas pu faire ce qu'elle aurait souhaité
Cohérence avec ses valeurs	Peut-elle exercer en accord avec ce qui est important pour elle ?	Expressions relatives à l'accord ou au désaccord entre les valeurs professionnelles et les soins réellement délivrés, références à un idéal du soin ou à un sentiment de compromis	Description de situations vécues comme en accord ou en tension avec sa conception du prendre soin, évocation d'ajustements ou de compromis dans sa pratique
Perception de la qualité du travail	A-t-elle le sentiment de faire un travail de qualité ? une évaluation plus cognitive du travail réalisé ("estimer avoir bien fait son travail").	Expressions relatives à l'évaluation du travail réalisé, références à la satisfaction ou l'insatisfaction face aux soins délivrés, sentiment de travail bien ou mal accompli	Description de situations concrètes où elle estime avoir bien ou mal réalisé son travail, évocation du sentiment de travail complet ou incomplet
Sens donné au travail	Trouve-t-elle du sens dans son exercice en ambulatoire ?	Expressions relatives à la motivation, à l'investissement dans le travail ou au contraire à un questionnement sur le sens de l'activité soignante en chirurgie ambulatoire	Évocation de moments de motivation et d'engagement, ou au contraire de situations où elle se sent peu investie ou distante dans sa pratique

➔ Concept n°2 : la relation de soin

Attribut	Ce qu'on cherche à comprendre	Indices	Manifestations
Empathie	L'infirmière reconnaît-elle et accueille-t-elle le vécu émotionnel de la patiente ?	Expressions relatives à la reconnaissance et à l'accueil du vécu émotionnel de la patiente, références à l'attention portée à ses émotions et à sa souffrance	Description d'échanges centrés sur le ressenti de la patiente, évocation de moments où elle s'est arrêtée pour accueillir une émotion ou au contraire où elle n'a pas pu le faire
Confiance	Parvient-elle à instaurer un lien de confiance malgré la brièveté de la prise en charge ?	Expressions relatives à la construction d'un lien de confiance avec la patiente, références au temps disponible ou non pour instaurer ce lien	Évocation de moments de réassurance et d'écoute, description de situations où elle a pu ou non prendre le temps de construire ce lien malgré

			la brièveté de la prise en charge
Reconnaissance de la personne	Considère-t-elle la patiente dans sa singularité ?	Expressions relatives à la prise en compte de la singularité de la patiente, références à l'individualisation des soins ou à ses besoins spécifiques	Description de situations où elle a adapté sa prise en charge à la patiente en tant que personne, évocation de l'histoire personnelle ou des besoins particuliers de la patiente
Communication	La communication est-elle adaptée et ajustée à chaque patiente ?	Expressions relatives à l'adaptation de la communication à chaque patiente, références aux échanges verbaux et non verbaux	Expressions relatives à l'adaptation de la communication à chaque patiente, références aux échanges verbaux et non verbaux
Posture professionnelle	Adopte-t-elle une posture de compréhension et d'écoute ?	Expressions relatives à la posture d'écoute et de compréhension adoptée, références à la reformulation ou à la disponibilité relationnelle	Évocation d'attitudes d'écoute active et de reformulation, ou au contraire description d'une centration exclusive sur les tâches techniques au détriment de la relation

Ces tableaux, construits à partir des deux concepts centraux de cette recherche, serviront de support à la construction du guide d'entretien ainsi qu'à la grille de traitement des données, tout en laissant la place à l'émergence d'éléments nouveaux et inattendus issus du discours des professionnelles.

4. Choix et construction de l'outil d'enquête

L'entretien semi-directif

L'outil d'enquête retenu est le guide d'entretien semi-directif. Sa construction s'est appuyée sur le cadre théorique élaboré en étape 2, notamment sur les attributs des deux concepts centraux : la satisfaction professionnelle et la relation de soin.

Le guide d'entretien se structure en quatre parties. La phase d'introduction permet de présenter le thème de la recherche sans induire de biais, d'instaurer un climat de confiance, d'informer la professionnelle de la durée de l'entretien et du respect de la confidentialité, et de recueillir son accord pour l'enregistrement. Un volet sociologique permet ensuite de recueillir quelques données contextuelles sur la professionnelle interrogée : ancienneté dans le métier, durée d'exercice en chirurgie ambulatoire et expérience dans d'autres services. Six questions ouvertes ciblées sur l'objet d'étude portent sur le vécu du travail en chirurgie ambulatoire, la relation de

soin avec les patientes, la prise en charge spécifique des patientes atteintes d'un cancer du sein, la cohérence entre valeurs et pratique, le sentiment d'accomplissement et le sens donné au travail. Des questions de relance ont été prévues pour chacune, à mobiliser si la réponse nécessite d'être approfondie. Enfin, une question de clôture ouverte invite la personne à ajouter tout élément qu'elle souhaiterait partager sur le sujet.

Le guide d'entretien figure en annexe du présent travail.

Avantages et limites de l'outil

Le recours à l'entretien semi-directif présente plusieurs avantages en cohérence avec la visée compréhensive de cette recherche. Il permet notamment de recueillir un matériau riche et nuancé, reflétant le vécu singulier de chaque professionnelle. La souplesse du dispositif et sa faible directivité favorisent l'émergence de témoignages authentiques, d'éléments inattendus et de réponses originales. Il offre également la possibilité de faire approfondir ou développer le propos, et de réajuster une question mal comprise en cours d'entretien.

Cependant, cet outil comporte aussi certaines limites. La conduite d'un entretien semi-directif requiert une maîtrise technique qui n'est pas toujours aisée, notamment en ce qui concerne le risque de laisser dériver le propos ou d'induire involontairement des réponses. Par ailleurs, cet outil est chronophage : il nécessite la retranscription intégrale des entretiens avant de pouvoir procéder à leur analyse.

5. Choix de l’échantillon à étudier

La population cible de cette recherche est constituée d'infirmières diplômées d'état exerçant en chirurgie ambulatoire. Afin de garantir la pertinence et la cohérence des données recueillies avec la question de recherche, des critères d'inclusion et de non-inclusion ont été définis.

Les critères d'inclusion retenus sont les suivants : être infirmière diplômée d'État depuis 2009 au plus tôt, soit justifiant d'une expérience professionnelle maximale de dix-sept ans ; exercer en service de chirurgie ambulatoire ; avoir pris en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein dans ce contexte ; et justifier d'une ancienneté d'au moins deux ans dans le service, afin de disposer d'un recul suffisant sur son vécu professionnel.

Les critères de non-inclusion sont les suivants : les étudiantes infirmières et les professionnelles en formation ; les infirmières exerçant dans un service autre que la chirurgie ambulatoire ; et les infirmières diplômées avant 2009, soit avant la réforme du référentiel de compétences ayant formalisé la relation de soin comme compétence professionnelle à part entière.

Les entretiens seront conduits auprès de professionnelles exerçant dans plusieurs établissements différents, afin de diversifier les contextes organisationnels et d'enrichir le matériau recueilli. Cette diversité de terrains permettra de repérer d'éventuelles convergences ou divergences dans les témoignages, tout en renforçant la transférabilité des résultats.

6. Méthode de traitement des données

Pour analyser les données recueillies, j'ai choisi une analyse thématique de contenu. Cette méthode consiste à retranscrire les entretiens, puis à identifier et classer les thèmes significatifs présents dans le discours des infirmières, afin de comprendre le sens qu'elles donnent à leur expérience.

Le traitement se déroulera en plusieurs étapes. Chaque entretien sera retranscrit intégralement et fidèlement. Les professionnelles seront anonymisées dès cette étape à l'aide d'un code (IDE1, IDE2, etc.).

Je commencerai par une lecture flottante de l'ensemble des entretiens, pour m'imprégner des discours sans encore les analyser. Le cadre théorique construit en étape 2 me permettra d'anticiper certains thèmes : que l'on appelle thèmes a priori, susceptibles d'apparaître dans les discours. Pour la relation de soin, j'anticipe des thèmes comme la place accordée à la dimension émotionnelle, le temps disponible pour échanger ou encore la capacité à individualiser la relation. Pour la satisfaction professionnelle, j'anticipe des thèmes autour du sens donné au travail, de la cohérence entre valeurs et pratique, ou du sentiment d'accomplissement. Ces thèmes constituent des pistes d'analyse, sans pour autant fermer le recueil à ce qui pourrait émerger de façon inattendue dans les discours.

Dans un second temps, je réaliserai une lecture analytique approfondie, question par question, pour repérer les unités de sens (il s'agit d'extraits du discours qui expriment une idée en lien avec ma question de recherche). À chaque unité de sens sera attribué un code, c'est une courte étiquette qui résume l'idée exprimée. Par exemple, l'extrait « je n'ai pas le temps d'être vraiment là pour elle » pourrait être codé « manque de disponibilité relationnelle ». Ces codes seront ensuite regroupés en catégories thématiques.

Cette analyse sera conduite individuellement pour chaque infirmière, à l'aide d'un tableau reprenant l'ensemble des questions du guide d'entretien. Pour chaque question, les unités de sens repérées dans le discours de la professionnelle seront codées et classées, permettant ainsi de crée un portrait singulier de son vécu professionnel et de sa relation de soin.

La progression de l'analyse en quatre niveaux

L'analyse des données s'appuie sur une progression en quatre niveaux :

Le verbatim est l'extrait brut du discours de l'infirmière — ce qu'elle dit exactement. Par exemple : *« je n'ai pas le temps d'être vraiment là pour elle ».*

Le code est l'étiquette courte attribuée à ce verbatim, qui résume l'idée exprimée. Par exemple : *« manque de disponibilité relationnelle ».*

La catégorie thématique regroupe plusieurs codes qui parlent de la même idée. Par exemple, les codes *« manque de disponibilité relationnelle »*, *« pas le temps d'écouter »* ou *« enchaînement des patients »* seraient regroupés dans la catégorie *« relation de soin limitée ».*

Le thème est le niveau le plus large — il chapeaute les catégories et correspond aux deux concepts centraux de cette recherche : la relation de soin et la satisfaction professionnelle.

Illustration de l'analyse par question

Les tableaux suivants illustrent la manière dont les données recueillies lors des entretiens seront codées et analysées individuellement, en lien avec les attributs des deux concepts du cadre théorique, permettant ainsi une interprétation rigoureuse et cohérente des résultats.

Question 4 : « Comment décririez-vous le lien entre la façon dont vous exercez au quotidien et ce qui est important pour vous dans le soin ? »

Objectif : explorer la cohérence avec les valeurs soignantes (attribut de la satisfaction professionnelle).

Cohérence entre valeurs et pratique (attribut : cohérence avec ses valeurs — concept : satisfaction professionnelle)

Code	Unité de sens	Indice	Manifestation	Catégorie thématique
IDE1Q4	Extrait du discours de l'infirmière relatif au lien entre ses valeurs et sa pratique quotidienne	Expressions d'alignement ou au contraire d'écart entre ce qui est important pour l'infirmière dans le soin et ce qu'elle peut réellement mettre en œuvre	Sentiment de cohérence et d'exercice en accord avec ses valeurs, ou au contraire sentiment de tension intérieure et de frustration	Insatisfaction professionnelle Ou Satisfaction professionnelle

Ce tableau illustre comment sera analysée la question 4 portant sur la cohérence entre valeurs et pratique. Lorsqu'une infirmière exprimera un sentiment d'accord ou au contraire de tension entre ce qui est important pour elle dans le soin et ce qu'elle peut réellement mettre en œuvre, cet extrait constituera une unité de sens. Il sera codé et classé selon qu'il révèle une satisfaction ou une insatisfaction professionnelle. Ces éléments seront ensuite mis en lien avec les autres questions pour construire une compréhension globale du vécu professionnel de chaque infirmière.

Question 3 : **« Comment vivez-vous la prise en charge des patientes qui viennent pour une mastectomie ? »**

Objectif : explorer la singularité de la patiente, la confiance, l'empathie, la communication dans ce contexte spécifique.

Prise en charge des patientes mastectomisées (attributs : empathie —concept : relation de soin / sentiment d'accomplissement — concept : satisfaction professionnelle)

Code	Unité de sens	Indice	Manifestation	Catégorie thématique
IDE1Q3	Extrait du discours de l'infirmière relatif à son vécu émotionnel lors de la prise en charge	Expressions d'attention portée au vécu émotionnel de la patiente, ou au contraire d'impossibilité	Échanges centrés sur le ressenti de la patiente et reconnaissance de sa souffrance, ou au	Empathie / relation de soin ou

	d'une patiente mastectomisée	d'accompagnement émotionnel	contraire recentrage sur les tâches techniques et distance relationnelle	Insatisfaction / perte de sens

Ce tableau illustre comment sera analysée la question 3 portant sur la prise en charge des patientes mastectomisées. Cette question est particulièrement riche car elle explore simultanément deux attributs : l'empathie dans la relation de soin et le sentiment d'accomplissement professionnel. Selon ce que l'infirmière exprime — qu'elle ait pu ou non accueillir le vécu émotionnel de la patiente — l'unité de sens sera codée et classée dans la catégorie correspondante. Cette double lecture permettra d'explorer le lien entre la qualité de la relation de soin et le vécu professionnel de l'infirmière.

Analyse individuelle par infirmière

Après l'analyse individuelle de chaque question, l'ensemble des données recueillies auprès d'une même infirmière sera regroupé dans un tableau synthétique, permettant d'avoir une vue globale de son vécu professionnel et de sa relation de soin. Le tableau suivant en illustre la structure :

Tableau IDE1

Question	Unité de sens	Code	Catégorie thématique
Q1 : vécu du travail	*extrait du discours*	*Code*	*catégorie*
Q2 : relation de soin	*extrait du discours*	*Code*	*catégorie*
Q3 : mastectomie	*extrait du discours*	*Code*	*catégorie*
Q4 : valeurs / pratique	*extrait du discours*	*Code*	*catégorie*
Q5 : accomplissement	*extrait du discours*	*Code*	*Catégorie*
Q6 : sens du travail	*extrait du discours*	*Code*	*Catégorie*

Ce tableau sera reproduit pour chaque infirmière interrogée (IDE2, IDE3, etc.), permettant ensuite une lecture transversale des discours.

Analyse transversale et réponse à la question de recherche

Une fois l'analyse individuelle de chaque infirmière réalisée, les catégories thématiques identifiées seront regroupées dans un tableau général permettant une lecture transversale des discours.

Tableau général — lecture transversale

Catégorie thématique	IDE1	IDE2	IDE3
Satisfaction professionnelle			
Insatisfaction professionnelle			
Relation de soin de qualité			
Relation de soin limitée			
Cohérence valeurs / pratique			
Tension valeurs / pratique			
Thèmes émergents			

Ce tableau sera complété à l'issue de l'analyse individuelle de chaque entretien. Pour chaque infirmière, les catégories thématiques identifiées dans son discours seront renseignées, permettant ainsi de visualiser en un seul regard ce qui caractérise le vécu de chaque professionnelle.

L'analyse se déroulera en deux temps. Dans un premier temps, chaque entretien sera analysé individuellement. Pour chaque infirmière, les unités de sens recueillies seront codées et classées par attribut et par concept. Cette étape permettra de dresser un portrait singulier du vécu de chaque professionnelle, la façon dont elle vit son travail en chirurgie ambulatoire, le sens qu'elle lui donne, et la manière dont elle décrit sa relation avec ses patientes.

Dans un second temps, une lecture transversale permettra de comparer les discours des différentes infirmières. Il ne s'agira pas d'établir un lien de causalité entre satisfaction professionnelle et qualité de la relation de soin, mais d'identifier, dans le discours de chaque professionnelle, les liens qu'elle établit elle-même entre son vécu professionnel et la façon dont elle entre en relation avec ses patientes. C'est cette mise en regard des discours qui permettra d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche, tout en restant fidèle à la singularité de chaque témoignage.

Conclusion

Ce travail de fin d'études est né d'un malaise ressenti lors d'un entretien d'accueil réalisé auprès d'une patiente devant bénéficier d'une mastectomie en chirurgie ambulatoire. Ce malaise, difficile à formuler dans un premier temps, s'est progressivement révélé comme le reflet d'une tension fondamentale entre deux dimensions du soin : le cure, dimension technique et organisationnelle, et le care, dimension relationnelle et humaine.

La confrontation de cette expérience à la littérature professionnelle, puis aux témoignages de deux infirmières exerçant dans ce contexte, a permis d'affiner et de déplacer le questionnement initial. Il ne s'agissait plus seulement d'interroger la faisabilité d'une mastectomie en ambulatoire car aujourd'hui elle est établie et sécurisée mais plutôt de comprendre dans quelle mesure le contexte d'exercice pouvait jouer un rôle dans le vécu professionnel des infirmières, et comment ce vécu pouvait à son tour influencer la qualité de la relation de soin. C'est ainsi qu'a émergé la question de recherche :

En quoi la satisfaction professionnelle perçue par les infirmières en chirurgie ambulatoire peut-elle influencer la qualité de la relation de soin établie avec les patientes atteintes d'un cancer du sein ?

Pour y répondre, un modèle d'analyse a été construit, articulé autour de deux concepts centraux : la relation de soin et la satisfaction professionnelle. Ces concepts seront explorés au travers d'une méthode qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs auprès d'infirmières exerçant en chirurgie ambulatoire dans le champ spécifique de la prise en charge de patientes atteintes d'un cancer du sein. Cette approche, à visée compréhensive, vise à saisir comment le vécu professionnel des infirmières et notamment la perception qu'elles ont de leur propre satisfaction au travail peut façonner la manière dont elles entrent en relation avec leurs patientes.

Ce travail ouvre des perspectives de réflexion au-delà de la seule chirurgie ambulatoire. Dans un système de santé en constante évolution, il invite à interroger plus largement la place accordée à la dimension relationnelle du soin et au sens donné au travail soignant. Il soulève également la question de la formation infirmière : comment préparer les soignants à préserver la qualité de la relation et la cohérence entre leurs valeurs et leur pratique, quelles que soient les réalités du contexte d'exercice ? Autant de pistes que la phase empirique de cette recherche aura vocation à explorer.

Bibliographie

Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (2013). *La dynamique des groupes restreints*. PUF.

Arnaud, G., & Lomellini, G. (2024). Frederick Herzberg — L'école de la motivation au travail. Dans *Les grands auteurs en Gestion des ressources humaines* (p. 147-158). EMS Éditions. https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2024.01.0147

Beauzée, N., Cabié, M.-C., Lelevrier-Vasseur, A., & Rybak, C. (2002). L'entretien. *Relations*, 114-149.

Bondil, X., Haye, M.-H., & Dritsch, N. (2023). Questionner la finalité du système de santé : Approche politico-économique. *Éthique & Santé*, *20*(3), 188-192. https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2023.04.006

Bonnaud-Antignac, A., Bourdon, M., & Dravet, F. (2015). Cancer du sein et chirurgie ambulatoire : Une enquête exploratoire sur les facteurs qui motivent les patientes à faire ce choix. *Oncologie*, *17*(1), 33-37. https://doi.org/10.1007/s10269-015-2485-4

Boulliard Poulteau, M., Trombert, B., Gocko, X., Bouteille, C., & Chauleur, C. (2019). La chirurgie ambulatoire du cancer du sein : Étude de satisfaction des patientes et place du médecin traitant. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, *47*(9), 619-626. https://doi.org/10.1016/j.gofs.2019.07.016

Cancer du sein. (s. d.). *Organisation Mondiale de la Santé*. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer

Canoui-Poitrine, F., Logerot, H., & Frank-Soltysiak, M. (2008). Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire. *Pratiques et Organisation des Soins*, *39*(4), 323-330. https://doi.org/10.3917/pos.394.0323

Code de la santé publique, article R4311-2 (2022). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913889/2022-01-09

Collectif Triplettes Roses. (s. d.). *La brochure*. https://www.collectiftriplettesroses.com/page/2424312-la-brochure

Devillers, C. (2021). Besoin. Dans A. Muller (Éd.), *80 concepts en santé* (p. 28). Elsevier Masson.

DGOS. (s. d.-a). *La chirurgie ambulatoire*. Ministère de la Santé. https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/article/la-chirurgie-ambulatoire

DGOS. (s. d.-b). *Les plans nationaux cancer*. Ministère de la Santé. https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/cancer-11425/article/les-plans-nationaux-cancer

Dubois, R. (2017). Accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire. *La Revue de l'Infirmière*, *66*(233), 29-30. https://doi.org/10.1016/j.revinf.2017.06.007

Ernest, K. R. (2023). *Vécu du deuil du sein chez des femmes mastectomisées : Perception du nouveau corps*. https://doi.org/10.5281/zenodo.10420577

Estryn-Behar, D., Chaumon, E., Garcia, F., Milanini, G., Fry, C., Bitot, T., Ravache, A.-E., & Deslandes, H. (2013). La souffrance au travail en gériatrie : Comprendre et agir. *La revue francophone de Gériatrie et de gérontologie*, *20*, 6-27.

Estryn-Béhar, M. (2008a). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Presses de l'EHESP. https://doi.org/10.3917/ehesp.estry.2008.01

Estryn-Béhar, M. (2008b). La situation des infirmiers. Dans *Sciences infirmières, Sociologie de la médecine* (p. 25-76).

Facteurs limitant la prise en charge ambulatoire en chirurgie mammaire. (2019). *Bulletin du Cancer*, *106*(12), 1115-1123. https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2019.08.018

Fayn, M.-G., Garets, V. des, & Rivière, A. (2017). Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient. *Recherches en Sciences de Gestion*, *119*(2), 55-73. https://doi.org/10.3917/resg.119.0055

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, *89*(2), 33-42. https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033

Haute Autorité de Santé. (s. d.-a). *Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3395825/fr/les-determinants-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins-en-etablissement-de-sante

Haute Autorité de Santé. (s. d.-b). *Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1649573/fr/tarification-de-la-chirurgie-ambulatoire-en-france-et-a-l-etranger-etat-des-lieux-et-perspectives

Huet, C., Rohou, G., & Thomas, L. (2020). Outil 11. Les 6 attitudes de Porter. Dans *La boîte à outils du bien-être au travail* (p. 40-43). Dunod.

Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, *2*(3), 185-194. https://doi.org/10.1684/nrp.2010.0095

Kanny Kaire, Y., Grandjean, F., & Dramé, M. (2021). L'ambulatoire, une réponse aux problèmes des hôpitaux en France. *Interbloc*, *40*(2), 92-95. https://doi.org/10.1016/j.bloc.2021.04.008

Lehmann, A. (2014). Mastectomie II. La dimension psychique à l'œuvre. Dans *Singulier-Pluriel* (p. 65-82).

Lobelle, S., Raylet, M., Cohen, M., Lambaudie, E., Bannier, M., Blache, J.-L., Francon, D., & Houvenaeghel, G. (2017). Mastectomie en hospitalisation ambulatoire ou de 24 heures : Faisabilité, satisfaction et préférences des patientes. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, *45*(2), 89-94. https://doi.org/10.1016/j.gofs.2016.12.020

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. (1991). *Journal officiel de la République française*.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. (2002). *Journal officiel de la République française*, n° 54. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCTA000000889846

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. (2009). *Journal officiel de la République française*, n° 167.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. (2016). *Journal officiel de la République française*, n° 22.

Louche, C. (2018). Fiche 25. La satisfaction au travail. Dans *Psycho Sup* (p. 148-154).

Luu, V.-P., Le Bihan-Benjamin, C., & Bouquet, P.-J. (2018). *La chirurgie ambulatoire dans le cancer : Évolution de 2010 à 2015*. Institut National du Cancer. https://www.e-cancer.fr

Marc, E., & Picard, D. (2006). *L'école de Palo Alto : Un nouveau regard sur les relations humaines*. Broché.

Mazoyer, M. (2022). Fiche 2. Les entretiens infirmiers. Dans *Réussir tout le semestre 3 — IFSI* (p. 305-307). Vuibert. https://doi.org/10.3917/vuib.augen.2022.02.0305

Merkling, J. (2024). Relation de soin. Dans A. Muller (Éd.), *80 concepts en santé* (p. 192). Elsevier Masson.

Ministère de la Santé et des Sports. (2009). *Référentiel de compétences — Diplôme d'État d'infirmier*. Annexe II.

Muller, A. (2024). Qualité versus qualité des soins. Dans F. Cluzel & B. Mayras (Éds.), *80 concepts en santé* (p. 179). Elsevier Masson.

Péoc'h, N., & Ceaux, C. (2012). Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé. *Recherche en soins infirmiers*, *108*(1), 53-66. https://doi.org/10.3917/rsi.108.0053

Pellissier, J. (2006). Réflexions sur les philosophies de soins. *Gérontologie et société*, *29*(118), 37-54. https://doi.org/10.3917/gs.118.0037

PROFESSIONNEL : Étymologie. (s. d.). *CNRTL*. https://www.cnrtl.fr/etymologie/professionnel

Reich, M. (2009). Cancer et image du corps : Identité, représentation et symbolique. *L'information psychiatrique*, *85*(3), 247-254. https://doi.org/10.1684/ipe.2009.0457

Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Houghton Mifflin.

Rogers, C. (1963). La relation thérapeutique, les bases de son efficacité. *Bulletin de psychologie*, *17*, 12.

Safon, M.-O. (2021). *Les réformes hospitalières en France : Aspects historiques et réglementaires*. Centre de documentation de l'Irdes. https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf

SATISFACTION : Étymologie. (s. d.). *CNRTL*. https://www.cnrtl.fr/etymologie/satisfaction

Scattarelli, A., Forestier, F., Georgescu, D., Carrilho, J., De Gournay, E., Poteau, A., Thibault, M. L., Dupont, A., David, Y., & Crouzet, A. (2020). Augmentation du taux de prise en charge ambulatoire et organisation du parcours de soins en chirurgie sénologique. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, *48*(5), 414-421. https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.02.006

Service de documentation de l'EHESP. (2024, septembre). *Les réformes de santé en France* [Fiche bibliographique]. École des Hautes Études en Santé Publique. https://documentation.ehesp.fr/ajax.php?module=cms&categ=document&action=render&id=988

Stute-Cadiot, J. (2009). Frustration. *Figures de la psychanalyse*, *18*(2), 171-179. https://doi.org/10.3917/fp.018.0171

Tremblay, C., & Dallaire, C. (2025). La théorie des relations interpersonnelles d'Hildegard Peplau. *Recherche en soins infirmiers*, *161*, 12-17. https://doi.org/10.3917/rsi.161.0012

Unicancer. (s. d.). *Horizon 2025, l'avenir de la cancérologie*. https://www.unicancer.fr/fr/espace-patients/notre-modele-de-prise-en-charge-des-patients-2/cancerologie-horizon-2025/

Usclade, A. (2024). Confiance. Dans A. Muller (Éd.), *80 concepts en santé* (p. 58). Elsevier Masson.

Vigil-Ripoche, M.-A. (2011). Marie-Françoise Collière — 1930-2005. *Recherche en soins infirmiers*, *107*(4), 7-22. https://doi.org/10.3917/rsi.107.0007

Zaghmouri, N. (2024). Le temps soignant, fondement de la valeur partagée du soin. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, *3*(3), 73-88. https://doi.org/10.54695/jdds.042.3.0073

Zielinski, A. (2010). L'éthique du care : Une nouvelle façon de prendre soin. *Études*, *413*(12), 631-641. https://doi.org/10.3917/etu.4136.0631

Pour ce travail, j'ai eu recours à ChatGPT (OpenAI) et à Claude (Anthropic) pour la partie « Cadre de référence » (cadre contextuel et cadre conceptuel) (p. 15 à 23) pour l'amélioration de la formulation et l'ajustement syntaxique et stylistique des passages, afin d'en améliorer la fluidité et la cohérence. Ces outils ont également été utilisés pour l'ensemble du travail pour la reformulation, la correction syntaxique et l'amélioration stylistique des formulations. L'ensemble des contenus générés a été évalué, modifié et intégré de manière critique, en cohérence avec ma propre analyse et mes lectures.

Sommaire des annexes

- Annexe I : Guide d'entretien exploratoire
- Annexe II : Verbatim de l'entretien n°1
- Annexe III : Verbatim de l'entretien n°2
- Annexe IV : Grille d’entretien d’enquête

Annexe I :

Guide d'entretien exploratoire

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

CLERMONT-FERRAND

Grille d'entretien exploratoire :

Question 1 : Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel d'infirmier ? (*Contexte professionnel)*

- Vous êtes infirmière depuis combien d'années ?(Année de diplomation)
- Depuis quand exercez-vous en chirurgie gynécologique ?
- Depuis quand votre exercice professionnel alterne entre l'ambulatoire et la chirurgie conventionnelle ?

Question 2 : Lors de l'accueil d'une patiente programmée pour une mammectomie en chirurgie gynécologique, pouvez-vous me décrire les différentes étapes de la prise en charge en chirurgie ambulatoire, du préopératoire au postopératoire ? (Description *de la prise en charge*)

- Y a-t-il une différence entre l'accueil en ambulatoire et l'accueil en chirurgie conventionnelle ? non, si oui :
- Comment expliqueriez-vous cette différence ?
- Quelle pourrait être la cause de cette différence ?

Question 3 : Comment vous-sentez-vous lorsque vous exercez en ambulatoire ? Contre en chirurgie conventionnelle ? (Valeurs professionnelles*)*

- Selon vous, quelles valeurs soignantes sont mobilisées dans l'accompagnement de ces patientes atteintes d'un cancer du sein (ex : bienveillance, écoute, sécurité, autonomie) ?
- Pouvez-vous me citer un exemple concret : auriez-vous un exemple concret à me relater ?
- Avez-vous l'impression que la pratique en ambulatoire modifie la manière dont vous exercez ces valeurs ? Si oui, comment ?
- Est-ce que certains aspects de votre travail (relationnel, technique, organisationnel : ces éléments sont à rattacher à des compétences IDE) ont été renforcés ou au contraire mis en tension par l'ambulatoire ?

Question 4 : Comment évaluez-vous la qualité du soin fourni en ambulatoire pour ces patientes ? (Critères, indicateurs informels) (*évaluation de la qualité du travail)*

- Avez-vous le sentiment de « bien faire votre travail » ?
- Qu'est-ce qui facilite ou entrave ce sentiment ? Si oui, pourquoi ?

- Pensez-vous qu'il serait possible de modifier quelque chose dans votre pratique professionnelle afin d'atteindre le niveau de qualité de soin que vous attendez ?
- Selon vous, quelles ressources (formation, protocole, équipe, temps) seraient nécessaires pour améliorer la qualité perçue par les professionnels ?? et vos conditions d'exercice ?

Question 5 : Comment décririez-vous la relation de soin que vous instaurez avec ces patientes en ambulatoire ?

Question 6 : Auriez-vous une notion, une idée, à me proposer dont nous n'avons pas parlé ? (*Dernière question d'ouverture pour que le professionnel puisse s'exprimer librement)*

Annexe II :

Verbatim de l'entretien n°1

Étudiante infirmière : Bonjour, je suis étudiante en troisième année à l'école d'infirmières, je suis venue en stage dans le service de chirurgie gynécologique au mois de septembre et j'aurais besoin de vous poser quelques questions, si vous êtes d'accord.

Infirmière : Oui

Étudiante infirmière : ce sont des questions pour mon TFE, je travaille sur la mastectomie en ambulatoire. Je me questionne sur l'accompagnement et la relation de soin en chirurgie ambulatoire versus la chirurgie conventionnelle. Je dois vous préciser que l'entretien est confidentiel. Est-ce que je peux enregistrer notre échange pour retranscrire le verbatim à la fin de mon TFE ? Bien sûr, c'est anonyme.

Infirmière : je suis d'accord

Étudiante infirmière : vous préférez que j'utilise le tutoiement ou plutôt le vouvoiement ?

Infirmière : tu peux me tutoyer

Étudiante infirmière : OK, alors du coup, est-ce que tu peux me décrire ton parcours professionnel d'infirmier depuis ton diplôme ?

Infirmière : D'accord. Donc depuis le diplôme, j'ai fait quelques mois en hésitant, enfin en maison de convalescence. SSR de nuit. Après, j'ai eu plusieurs petits postes vacants comme ça de remplacement, maison de retraite. Je suis aussi passée par la châtaigneraie et après j'ai atterri là depuis 2014.

Étudiante infirmière : ça commence à faire un peu de temps que tu travailles ici

Rire

Étudiante infirmière : alors du coup, depuis quand tu exerces ici en chirurgie gynécologique ?

Infirmière : du coup 2014 ; 2014.

Étudiante infirmière : Et depuis quand tu ton exercice professionnel alterne entre l'ambulatoire et la chirurgie conventionnelle ?

Infirmière : Ça a été assez rapide. Hésitation : j'aurais dit 2015, peut-être non, ouais, même fin 2014, j'ai dû aller en ambulatoire.

Étudiante infirmière : est-ce que tu sais de quand débute l'arrivée de l'ambulatoire ici ?

Infirmière : non

Étudiante infirmière : En tout cas quand tu es arrivé, il y avait déjà l'ambulatoire du coup.

Infirmière : C'était déjà en place, c'étaient deux personnes fixes d'ailleurs.

Étudiante infirmière : qui restaient en ambulatoire.

Acquiescement

Étudiante infirmière : Donc toi tu alternes l'ambulatoire et la chirurgie depuis 2015.

Infirmière : oui.

Étudiante infirmière : D'accord. Alors maintenant on va parler de l'accueil d'une patiente quand c'est programmé pour une mastectomie en chirurgie gynécologique. Est-ce que tu peux me décrire les différentes étapes de la prise en charge en chirurgie mais ambulatoire ?

Infirmière : hésitation. Ben déjà on la voit après la consultation d'anesthésie, on fait une consultation infirmière, donc on la reçoit. Enfin c'est plusieurs semaines avant.

Étudiante infirmière : D'accord.

Infirmière : Donc à ce moment-là, on reprend tout avec elle, on remplit la macrocible, on voit un peu déjà la condition pour être en ambulatoire. C'est qu'il y est une personne qui reste avec elle la nuit qui suit l'intervention.

Étudiante infirmière : D'accord.

Infirmière : Déjà ça, c'est un peu une condition. Donc après, c'est l'anesthésiste et le chirurgien qui estiment que c'est soit de l'ambulatoire, soit de la chirurgie conventionnelle. Donc quand on la reçoit lors de cette consultation infirmière, on remplit la macrocible, on reprend avec elle toute hospitalisation, comment ça va se passer pour elle, qu'on va l'appeler la veille, qu'on va la rappeler après le lendemain de l'intervention, qu'il va falloir qu'elle fasse appel aussi à des infirmières à domicile pour le suivi des pansements tout ça. On voit vraiment l'hospitalisation, comment ça va se passer, ça va se passer au bloc opératoire et le après.

Étudiante infirmière : OK donc tu parles du préopératoire et du postopératoire lors de la consultation.

Acquiescement

Étudiante infirmière : D'accord, est-ce que tu ressens une différence entre un accueil qui a lieu en ambulatoire pour une patiente et l'accueil qui est fait en chirurgie conventionnelle pour une mammectomie ?

Infirmière : Alors l'accueil, à quel moment pendant la consultation, parce que du coup celles qui vont en circuit normal, on ne les voit pas en préopératoire du coup. On les voit directement soit la veille de l'intervention quand elles sont hospitalisées, soit le matin de l'intervention.

Étudiante infirmière : D'accord, quand elles se présentent en service, du coup.

Infirmière : Voilà donc ces personnes-là, par contre on ne les a jamais rencontrées, on n'a jamais rien expliqué, quoi. L'accueil se fait uniquement à la rencontre.

Étudiante infirmière : Et donc est-ce que pour toi il y a une différence entre l'accueil en ambulatoire où tu m'as expliqué cette consultation et l'accueil en chirurgie gynécologie ?

Infirmière : C'est différent euh hésitation Je dirais non euh , après, c'est la même prise en charge, ça a été tout a été expliqué par le chirurgien de toute façon, donc Il n'y a pas plus de questions qu'une personne qui rentre la veille, je pense.

Étudiante infirmière : D'accord. Pour toi, il n'y a pas de différence entre l'accueil en ambulatoire et l'accueil en chirurgie conventionnelle étant donné que les patients sont tous rencontrés par le chirurgien avant et que du coup toutes les questions ont été répondues avant l'hospitalisation. Alors maintenant je vais questionner une autre partie de mon travail de fin d'études. Comment est-ce que tu te sens lorsque tu exerces en ambulatoire contre comment est-ce que tu te sens lorsque tu exerces en chirurgie conventionnelle ?

Infirmière : pour une chirurgie donnée pour la mammectomie ou de manière générale ?

Étudiante infirmière : de manière générale, s'il te plaît.

Infirmière : Bah après ça c'est mon avis, c'est personnel. L'hésitation, la chirurgie ambulatoire, je n'aime pas trop ça. Rire. Parce que beaucoup de papier, beaucoup de logistique en fait. Et puis on ne voit pas tant le patient que ça en fait, on y va, on le constante plusieurs fois et puis après il part, enfin c'est, c'est pas du tout la même approche qu'en service. Il faut être… faut toujours relancer les chirurgiens, les anesthésistes pour les signatures pour qu'ils puissent sortir du service. Enfin, c'est un peu, s'il y a d'autres gens qui arrivent, c'est un peu une course, quoi, contre la montre des fois, il faut qu'il ait du turnover et tout, donc ce n'est pas pareil.

Étudiante infirmière : Oui, c'est beaucoup de rapidité, beaucoup de technicité.

Infirmière : Oui, il faut savoir jongler selon le programme du matin en fait pour les places.

Acquiescement

Infirmière : le turnover.

Étudiante infirmière : Alors selon toi, quelles valeurs soignantes sont mobilisées dans l'accompagnement de ces patientes atteintes d'un cancer du sein lorsqu'on est en chirurgie ambulatoire contre lorsque tu es en chirurgie conventionnelle ?

Infirmière : Tu peux me répéter s'il te plaît ? *Rire*

Étudiante infirmière : c'est surtout en lien avec les valeurs soignantes, du coup tes valeurs à toi de soignante. Quand t'es en ambulatoire, est-ce que déjà tu ressens une différence par rapport à lorsque t'es en conventionnel ? Et si oui lesquels peuvent être différentes ou pas ?

Infirmière : c'est au niveau relationnel, je pense.

Acquiescement

Étudiante infirmière : au niveau relationnel, on va passer moins de temps avec une personne qui va en ambulatoire. On sait qu'on va la voir quelques heures dans la journée alors qu'en chirurgie conventionnelle on apprend plus à la connaître pour un peu qu'on fasse plusieurs jours d'affilée avec elle, on a un vrai suivi, c'est différent quoi. Et puis là ce n'est pas spécifique à une mastectomie.

Infirmière : Non pas du tout, c'est vraiment plus tes valeurs à toi. Après, si tu veux des choses à rajouter par rapport à la mammectomie spécifiquement

Étudiante infirmière : ben la mammectomie, le problème c'est que le jour J elles vont revenir du bloc. Elles n'ont pas forcément conscience de leur nouveau corps, en fait. Donc en ambulatoire, bah le premier pansement va se faire à la maison, on ne sera pas là pour les accompagner alors qu'en conventionnel on va faire le pansement à J2, on sera là, enfin si elles souhaitent elles peuvent voir leur cicatrice avec nous, on les accompagne, on a vraiment un temps dédié quoi. Même après, dans la journée qui a subi le pansement, on peut en reparler, enfin il y a des fois toutes les questions ne viennent pas tout de suite, quoi, il faut que ça fasse le… il y a un temps de cheminement. Qu'en ambulatoire, bah même si on fait un appel post-opératoire, c'est pas du tout pareil, on va se baser sur la douleur, sur enfin tout un tas de choses, mais pas trop l'aspect psychologique.

Étudiante infirmière : c'est super intéressant.

Infirmière : mais c'est mon ressenti de pourquoi la mammectomie en ambulatoire, enfin c'est totalement différent quoi.

Étudiante infirmière : OK alors juste pour illustrer du coup ce que t'es en train de me dire, est-ce que tu aurais un exemple à me relater par exemple sur deux situations un peu similaires sur une mammectomie ?

Infirmière : en ambulatoire ?

Étudiante infirmière : par exemple, oui.

Infirmière : Alors moi je n'en ai pas vu beaucoup parce que, après, ça ne se fait pas non plus depuis des années. Moi, la seule, enfin j'en ai peut-être une ou deux, mais après c'était une personne, celle que je me souviens, c'était une personne qui était dans le corps médical, paramédical, je pense qu'elle était infirmière. Et donc je pense que de ce fait elle a été inclue dans un parcours ambulatoire parce que, ben, elle connaissait un petit peu. Enfin voilà, si elle faisait l'hématome, des choses comme ça, elle serait peut-être plus réactive pour alerter qu'une personne lambda. Moi je l'ai perçue comme ça en tout cas. Mais bon, après, ce n'est pas moi qui ai fait le suivi de l'appel post-opératoire. Voilà, après ce qui serait bien, c'est… hésitation. Ouais, ça serait peut-être questionner aussi des infirmiers de ville pour quand eux ils sont confrontés à ce premier pansement, quoi. Je pense que c'est là qu'ils doivent vider leur sac… sur comment ils ont vécu les choses, quoi, je ne suis pas sûre qu'ils nous le diraient à nous par téléphone,

Étudiante infirmière : tu veux dire qui s'exprimerait par téléphone pareil.

Infirmière : Et puis est-ce que ça leur a vraiment été… Est-ce que ces patients, si demain on dit "bon bah faut que vous ayez une mammectomie", comment dire, je ne suis pas sûre qu'on laisse le choix en fait entre l'ambulatoire et l'hospitalisation conventionnelle. Je ne sais pas trop là comment ça se passe, tu vois les chirurgiens.

Étudiante infirmière : s'ils laissent le choix ou s'ils imposent le choix

Infirmière : je ne sais pas.

Étudiante infirmière : Alors tu m'as parlé de valeur, j'ai retenu la relation, j'ai retenu l'accompagnement, du coup il me semble que c'étaient les deux qui sont ressortis. Est-ce que t'as l'impression que du coup cette pratique en ambulatoire ça modifie la manière dont tu exerces tes valeurs ? Alors j'ai la sensation que tu as déjà répondu un peu à cette question, mais...

Infirmière : Bah c'est que je m'attarde moins à l'aspect psychologique quand c'est en ambulatoire.

Étudiante infirmière : est-ce que du coup certains aspects de ton travail ont été renforcés ou au contraire ont été mis sous tension par l'ambulatoire ?

Silence

Infirmière : Dans la partie quotidienne, tu veux dire ?

Étudiante infirmière : oui, Ça peut parler de tout ce qui est la notion relationnelle, technique, organisationnelle ou de certains éléments rattachés à la compétence infirmière.

Infirmière : Bah après on va au plus… On est là, mais ouais je m'implique moins en fait, je m'implique moins pour les ambulatoires.

Étudiante infirmière : D'accord, merci. Comment évalues-tu la qualité du soin fourni en ambulatoire pour ses patients ?

Infirmière : la qualité du soin fourni, pas forcément pour une mammectomie, tout confondue ?

Étudiante infirmière : Alors si on peut rester sur la mammectomie,

Infirmière : après la qualité de soins, elle aura enfin elle aura, tout. On l'aura géré pareil quoi en post-opératoire quoi qu'il arrive. C'est plus, c'est l'aspect psychologique, en fait moi, je suis plus là-dessus, mais après la plaie elle aurait été surveillée comme les autres, enfin à l'aspect physique, on aura tout checké quoi.

Étudiante infirmière : Oui, tout sera correct.

Infirmière : Et puis s'il y a un souci ou s'il y a le moindre doute ou qu'il y a quoi que ce soit, on n'hésite pas, on les transfère après pour la nuit en chirurgie conventionnelle.

Étudiante infirmière : il y a une possibilité de réorientation de parcours, du coup. Alors là c'est peut-être un petit peu intime, mais as-tu le sentiment de bien faire ton travail en ambulatoire ?

Infirmière : J'essaye en tout cas. *Rire*

Étudiante infirmière : Peut-être que la question est un peu mal posée, mais est-ce que t'as la sensation que ce que tu fais, c'est, voilà, c'est bien pour les patients ?

Infirmière : Bah de toute façon quand j'ai un doute, j'appelle les médecins, j'appelle les médecins et après il vient réévaluer, mais je ne laisse pas une personne sortir si j'ai un doute sur quelque chose, ça m'est déjà arrivé, en plus c'était chez un homme, oui c'était une mammectomie, c'était un homme. Pansement compressif et là je vois, ça commence à faire

l'hématome au-dessus, voilà, il a été réévalué par un médecin et du coup on l'a gardé pour la nuit justement. Et en plus il a été repris au bloc dans la soirée.

Étudiante infirmière : Donc finalement, ta prise en charge a été satisfaisante.

Infirmière : on essaye de faire en sorte.

Étudiante infirmière : pensez-vous qu'il serait possible de modifier quelque chose dans la pratique professionnelle afin d'atteindre un niveau de qualité de soins que vous attendez plus ? Enfin que tu attends plus, mais finalement tu as l'air satisfaite de la qualité des soins en ambulatoire.

Infirmière : Très bien.

Étudiante infirmière : Selon toi, quelles ressources seraient nécessaires pour améliorer la qualité perçue par les professionnels dans les conditions d'exercice ? Ça peut être formation, protocole, équipe, notion de temps, ce genre de choses.

Infirmière : Tu peux me redire

Étudiante infirmière : elle est longue la question, quelles ressources seraient nécessaires pour améliorer la qualité perçue par les professionnels de leur travail en ambulatoire ?

Infirmière : silence. Bon, je sais, je ne saurais pas dire, pour améliorer notre prise en charge en fait.

Étudiante infirmière : Oui,

Infirmière : c'est ça. Bah après, non, communication, non, je ne sais pas, protocole, bah c'est s'il y avait quelque chose qui dysfonctionnerait, mais du coup non. Hésitation.

Étudiante infirmière : si je comprends bien au niveau sécurité des soins…

Infirmière : on est bon.

Étudiante infirmière : vous êtes très bon, voilà, tu as la sensation s'il y a quelque chose qui est repéré en post-opératoire. En tout cas c'est signalé et c'est contré. Vous faites en sorte soit d'améliorer avant la sortie, soit de réorienter. Moi, ce qui m'intéresse, c'est vraiment la qualité perçue par les professionnels. C'est-à-dire que tout à l'heure, tu disais qu'il y avait des valeurs en ambulatoire, par exemple, qui n'étaient pas forcément présentes. Toi, tu disais que ton travail en ambulatoire, du coup… tu n'avais pas le même ressenti par rapport à la chirurgie conventionnelle. Qu'est-ce qui pourrait faire que tu te retrouves sur une balance équitable entre les deux ? Est-ce qu'il y aurait quelque chose qui serait possible ?

Infirmière : Sincèrement, je ne vois pas, parce que c'est mon ressenti. C'est mon ressenti pour ces patientes-là, qui viennent pour la mammectomie parce qu'on a toujours aussi fonctionné comme ça. La mammectomie en ambulatoire, c'est nouveau donc on a plus de mal aussi. Mais je suis sûre qu'il y a des aspects positifs, elles rentrent chez elles, elles sont coucounées chez elles, enfin il y a tout cet aspect-là aussi, donc je ne sais pas.

Rire

Étudiante infirmière : silence. Du coup, je vais rebondir, j'avais aussi une question autour de l'accompagnement. L'accompagnement des patientes en ambulatoire. Si tu devais le décrire en quelques mots, qu'est-ce que tu dirais ?

Silence

Étudiante infirmière : la relation de soins, l'accompagnement

Infirmière : je pense qu'on est prévenantes par la consultation, elles savent où elles vont. Enfin la consultation préopératoire, on leur explique déjà tout en amont, enfin c'est quelque chose, c'est assez protocolisé. Donc je pense qu'il y a un cadre qui est assez rassurant par rapport à ça. Elles savent comment ça va se passer la veille, on revoit tout avec elles. Donc elles savent à quoi s'attendre le jour J.

Étudiante infirmière : Du coup ça a l'air d'être un accompagnement qui est assez protocolaire, en tout cas assez similaire à chaque fois, il y a cette consultation avec le chirurgien. Cette consultation préopératoire, le soin le jour J, le post-opératoire et l'appel et la continuité après faits par la ville plutôt

Infirmière : Après le bloc, de toute façon il y a notre appel postopératoire, c'est la ville qui continue et après de toute façon toutes les patientes sont revues en consultation par le chirurgien après, suite aux résultats d'analyse, sur ce qui a été prélevé et tout ça, savoir vers quoi on s'oriente après.

Étudiante infirmière : OK alors j'ai une dernière question qui est assez ouverte. Est-ce que tu aurais une autre notion, une autre idée à me proposer dont on n'a pas parlé ? De façon à t'exprimer un petit peu… à t'exprimer librement sur ce thème de la mammectomie en ambulatoire.

Infirmière : Eh ben oui, c'est que faut faire la balance entre les plus et les moins, donc on a vu tout ce qui était un peu. Je t'ai peut-être fait sortir tout l'aspect négatif en début du questionnaire, mais c'est vrai qu'après faudrait peut-être questionner les patientes et savoir leur ressenti en fait. Une, par exemple, qui serait allée en chirurgie conventionnelle et qu'on aurait confrontée à une qui est en chirurgie ambulatoire, tu vois, pour savoir si déjà elles ont choisi, si les tenants et les aboutissants, quoi. Et si leur parcours leur convenait bien.

Étudiante infirmière : Ok.

Infirmière : c'est savoir ouais vraiment ce qu'elles en pensent en fait. Finalement je pense qu'on n'ose pas poser la question parce que nous c'est comme ça en fait. On n’ose pas poser la question, enfin. On ne veut pas se mettre un peu en difficulté, quoi.

Étudiante infirmière : Bah je te remercie.

Infirmière : Merci beaucoup.

Annexe III :

Verbatim de l'entretien n°2

Étudiante infirmière : est-ce que tu peux me décrire ton parcours professionnel infirmier depuis ton diplôme ?

Infirmière : Eh ben après mon diplôme, je suis venue directement ici. Parce qu'en fait j'avais fait mon stage pré-pro dans ce service-là. Ça m'avait beaucoup plu, j'aimais bien la prise en charge des patients, etc. Donc j'ai décidé de postuler. Et du coup ils m'ont embauché et donc je suis rentrée directement en chir. D'abord en chir thoracique et du coup en chirurgie générale. Je n'allais pas en ambulatoire et là maintenant, depuis quelques années, ouais, ça doit faire deux ans que j'y vais maintenant en ambulatoire.

Étudiante infirmière : Du coup donc si je comprends bien, au début tu exerçais uniquement en chirurgie gynécologique et depuis deux ans tu alternes entre les deux.

Infirmière : Ouais enfin les trois du coup parce qu'il y a la thoracique aussi.

Étudiante infirmière : Et donc ça fait combien de temps que tu es diplômée ?

Infirmière : ça va faire quatre ans

Étudiante infirmière : la question suivante, c'est lors de l'accueil d'une patiente programmée pour une mammectomie en chirurgie gynécologique, est-ce que tu peux me décrire les différentes étapes, mais principalement en ambulatoire, comment ça se passe ?

Infirmière : Alors en ambu, si tu veux, nous, on voit les patients en amont. C'est-à-dire qu'en fait ils vont avoir une consultation d'anesthésie en premier, voilà, et nous on les voit juste après la consultation d'anesthésie. En fait pour leur expliquer un petit peu comment ça va se passer donc en ambulatoire, leur expliquer le séjour, ce qu'ils ont à faire, les douches, etc., reprendre avec eux, remplir les macrocibles, etc., savoir grosso modo. Enfin savoir qui ils sont, quoi, et s'ils ont des difficultés, des choses comme ça. C'est aussi des moments où, si besoin, on peut leur proposer les prises en charge avec les onco-psychologues.

Étudiante infirmière : d'accord.

Infirmière : Voilà. Après ça, c'est un peu au cas par cas suivant les personnes, il y a des personnes qui ne se rendent pas encore vraiment compte de ce qui se passe, qui sont un peu dans le déni ou bizarrement elles mettent un peu d'espace et, et…

Téléphone de l'infirmière qui sonne

Infirmière : on va dire que c'est… hésitation, c'est… on est sur du, comment dire, sur quelque chose de classique entre guillemets, il y a des personnes qui vont arriver et qui vont être beaucoup plus dans l'émotion, qui vont pleurer, etc.,et et la consultation infirmière en amont permet un peu de..., d'être là, de les rassurer, de leur expliquer comment vraiment ça va se passer qu'elles n'aillent pas dans un flou en fait.

Étudiante infirmière : d'accord.

Infirmière : Voilà, après donc le jour de l'intervention, donc elles viennent, on les convoque toujours 1 h 30 à l'avance puisque si jamais il y a un peu d'avance ou si jamais elles peuvent arriver en retard, comme ça on est sûr que… On est tranquille, on les fait préparer, des fois elles peuvent avoir un repérage,

ça dépend s'ils font le ganglion sentinelle ou pas, ça, ça dépend un peu des pathologies. Donc après, soit, si elles partent tôt au bloc, elles ont le repérage la veille.

Étudiante infirmière : d'accord.

Infirmière : soit, si le bloc est prévu fin de matinée, elles ont le repérage le jour même.

Étudiante infirmière : le jour même de l'ambulatoire ?

Infirmière : Ouais, c'est ça.

Étudiante infirmière : du coup toi qui connais les deux, les deux types d'hospitalisations, est-ce que tu penses qu'il y a une différence dans l'accueil entre les deux ?

Infirmière : Oui, oui, il y en a une forcément. Je pense qu'en ambulatoire, pour moi, faire des mastectomies, c'est compliqué parce qu'il y a une dimension, il y a une dimension psychologique qui est beaucoup moins présente en ambulatoire, faut pas se leurrer. Par exemple en service, quand il y a les premiers pansements, etc., nous on est là, on les accompagne, on leur explique un peu ce qui va se passer. Si elles veulent regarder, elles peuvent regarder, si elles ne veulent pas regarder, elles ne regardent pas. Que voilà, on est un peu là pour dédramatiser. On leur présente aussi tout ce qui va être les prothèses externes. On leur montre, etc. Alors qu'en ambu il n'y a pas tout ça. Et par exemple pour les premiers pansements, elles sont toutes seules à la maison avec des infirmières libérales qui ont pas forcément l'habitude, ce qui est aussi normal.

Étudiante infirmière : d'accord.

Infirmière : Donc elles sont un peu, enfin elles sont un peu confrontées à ça toutes seules, quoi. Il n'y a pas de… Je pense qu'il n'y a pas un vrai soutien de professionnels qui ont vraiment l'habitude de ce genre de pathologie et de prise en charge. Donc je pense que ouais c'est plus compliqué. Une mastectomie en ambu, c'est pas ce que j'aime euh… Même si je trouve une dimension un peu de sécurité des soins, etc., que je trouve un peu moins bonne. Alors effectivement maintenant ce sont des interventions qui sont très bien… Qui sont très bien maîtrisées, il y a de moins en moins de complications, mais il y a toujours par exemple ce risque d'hématome, etc. Et je trouve que faire sortir des mastectomies le jour même, enfin, je trouve ça un peu compliqué quand même.

Étudiante infirmière : d'accord. Donc tu expliques quand même qu'il y a une différence ; est-ce que tu sais ce qui pourrait être la cause de cette, de cette, différence d'accueil ?

Infirmière : euh… Ah bah déjà le temps en ambulatoire, elles arrivent alors certes on les voit en amont, mais mine de rien en ambu le jour même elles arrivent, ce n'est pas forcément le même professionnel qu'elles ont vu en consultation. Donc déjà ça, ça joue. Il n'y a pas de véritable transmission. Voilà, c'est sur un jour, un jour J et il n'y a pas véritablement de… Je ne vais pas dire continuité des soins parce que forcément elle y est. Mais disons qu'il y a quand même une rupture, on connaît les dossiers, mais on ne les connaît pas dans le détail comme en service.

Étudiante infirmière : d'accord

Infirmière : en service, il va vraiment y avoir cette continuité des soins, par exemple quand les personnes, les patientes arrivent la veille, par exemple, de l'intervention, donc elles ont eu le temps de voir mes collègues, la nuit, le jour après c'est nous, il y a vraiment des transmissions. Elles peuvent se retrouver avec les mêmes personnes le lendemain, etc. donc je pense qu'il y a quand même une dimension qui est plus rassurante et plus humaine finalement qu'en ambulatoire.

Étudiante infirmière : D'accord. Alors on va changer un petit peu de thématique sur la question trois. Est-ce que tu voudrais bien me dire comment tu te sens lorsque tu exerces en ambulatoire contre comment tu te sens toi quand tu exerces en chirurgie conventionnelle ?

Infirmière : En ambulatoire, moi j'ai plus l'impression qu'on est là pour faire du chiffre. Malheureusement, on est là pour faire, pour passer du monde et voilà, faire de l'argent. C'est aussi un peu le but. Enfin voilà, c'est un peu le but aussi de ce service-là. Ce n'est pas un service dans lequel j'aime aller parce que je trouve qu'il y a une pression qui est assez importante là-bas. Entre le bloc, les patients, etc., ce n'est pas toujours facile. Le type de patient aussi, des fois bien plus exigeant, je ne sais pas comment expliquer, disons qu'il n'y a pas ce même respect des soignants qu'il peut y avoir dans un service. Voilà. Après, il y a quand même des avantages à l'ambu, c'est-à-dire que sur certaines choses c'est cool parce que voilà, les patients ils peuvent rentrer chez eux, on se dit que voilà ils vont être entourés de leur famille, etc. Ça, c'est bien. Ils sont dans la demande et c'est bien. Quand c'est plus imposé, des fois ce n'est pas forcément très adapté. C'est différent comme service. Moi je l'apprécie moins, j'ai plus de pression quand je suis là-bas.

Étudiante infirmière : plus de pression en ambulatoire.

Infirmière : Ouais, après ça dépend, j'ai des collègues qui préfèrent y être, moi ce n'est pas mon truc.

Étudiante infirmière : quand tu exerces dans l'accompagnement de ces patientes, est-ce que tu pourrais me citer quelques valeurs soignantes que tu mobilises ? Par exemple, je vais t'en citer, il peut y avoir la bienveillance, l'écoute, voilà, est-ce que toi tu peux m'en donner ?

Infirmière : la bienveillance, déjà, c'est le béaba de notre métier. Après, bah, il y a l'écoute effectivement parce qu'enfin moi je pense qu'écouter des patients, prendre du temps avec eux et de pouvoir leur parler, discuter, c'est un soin à part entière. Parfois c'est bien trop négligé. Alors qu'en fait ça leur fait un bien fou, de prendre le temps de s'asseoir à côté d'eux, de dire : "Qu'est-ce qui ne va pas ?" Voilà, on est là aussi pour ça. Ça fait partie de notre rôle premier. Et parfois c'est bien plus important que de faire des soins techniques, etc., et c'est bien plus valorisant pour nous au final. Donc celui-là je le trouve hyper important. Et après, faire les choses avec empathie, jamais oublier qu'on a des patients sous les mains, qu'ils n'ont pas choisi d'être là. Qu'effectivement, toutes leurs situations, elles sont compliquées pour x et y raisons à chaque fois. Et que nous, on a notre quotidien et que notre quotidien aussi des fois peut être compliqué, mais qu'eux ne sont pas là pour payer les pots cassés de tout ça. Ça, c'est très important aussi de ne pas l'oublier.

Étudiante infirmière : Du coup les valeurs soignantes que tu m'as évoquées, c'est l'empathie, l'écoute et la bienveillance, c'est ça. Sur ces valeurs soignantes, est-ce que tu as l'impression que l'ambulatoire peut les modifier ou pas ?

Infirmière : ça non, non, parce que je pense que ces valeurs-là, elles sont intrinsèques, enfin c'est propre à chaque personne et que quel que soit le service, ça sera la même chose, enfin moi je sais que par exemple en ambulatoire, si j'ai une patiente qui se met à pleurer ou autre. Elle aura la même écoute qu'une patiente qui va se mettre à pleurer, du moins en service. Voilà, ça c'est… Je trouve que c'est vraiment le béaba de notre métier, ces valeurs-là. Dans n'importe quel service, on doit les mettre en place.

Étudiante infirmière : On les conserve, d'accord. Alors j'aimerais savoir si certains aspects de ton travail ont été renforcés ou au contraire mis sous tension par l'ambulatoire ?

Infirmière : Alors ça dépend, il y a une période où j'y allais tout le temps en ambulatoire, j'ai passé six mois en continu. Là, je ne vais pas mentir, ça me mettait un peu sous tension parce qu'en plus ce n'était

pas facile, c'était un peu les débuts où j'y allais. Donc déjà il y a le fait de s'adapter à un autre service, où bah déjà ce n'est pas facile parce que l'ambulatoire c'est un autre monde par rapport au service classique, ça n'a rien à voir. Après, maintenant l'ambulatoire, je sais que je suis capable, que je suis apte sur mon poste et maintenant ça me pose plus véritablement de soucis, mais oui, au début ça peut être une source de stress ou autre chose comme ça, parce que c'est totalement différent et on se jette un petit peu dans l'inconnu. Je n'avais pas fait de stage en ambulatoire dans mon parcours d'étudiante. Je ne savais pas du tout, c'était une découverte. C'était une découverte bizarre. La seule chose que je savais faire là-bas, c'était les retours de bloc.

Étudiante infirmière : Alors là c'est un petit peu plus personnel. Sur la question quatre, comment évalues-tu la qualité du soin fourni en ambulatoire pour ces patients ?

Infirmière : Je pense qu'on a quand même une bonne qualité de soin, ça je ne le remettrai pas en question. Je pense qu'on a quand même du bon personnel et on est bien formé justement sur ce qu'on fait, on sait ce qu'on fait et on est capable de délivrer quand même une sécurité de soins qui est très importante, enfin un niveau du coup très important. Les trois quarts des patients sont satisfaits de la prise en charge. Honnêtement, je pense que, qu'on fait bien notre travail là-bas, même si des fois c'est plus compliqué.

Étudiante infirmière : si je comprends bien, tu as le sentiment de bien faire ton travail et que la qualité est bonne d'un point de vue sécuritaire, donc c'est ça, c'est ton sentiment. Pensez-vous qu'il serait possible de modifier quelque chose dans votre pratique professionnelle pour atteindre un niveau de qualité de soins que vous attendez en ambulatoire ?

Infirmière : c'est propre à l'établissement, mais par exemple on fait beaucoup de choses en ambulatoire, c'est-à-dire qu'on passe par tous les postes, on passe d'ASH à brocardier, à secrétaire, un petit peu infirmière de temps en temps, aide-soignant, on fait vraiment tout. Ce n'est pas facile aussi parce qu'on a quand même une charge de travail qui est très importante là-bas. Et le fait de se dire qu'en fait on doit être un petit peu au four et au moulin. C'est un peu compliqué parfois. Sur des grosses journées où, par exemple, parfois on a beaucoup de rotations, par exemple vendredi on avait quatre rotations à faire. Ça veut dire qu'on change les patients quatre fois. On reprend une chambre de patient qui a déjà été prise le matin. Donc on le fait quatre fois sur quatre chambres différentes. Ça ce n'est pas facile parce que du coup, par exemple pour les départs, etc., c'est à nous de faire le ménage, c'est à nous de tout faire, on emmène les gens en bloc. On fait un peu, on fait un peu tout, on fait beaucoup de secrétariat. C'est un peu en phase de changer. Mais du coup c'est extrêmement prenant. Par exemple, nous, on appelle les patients le lendemain de l'intervention et la veille. Lorsqu'on est sur des journées où on a 15-20 patients, en fait on y passe un temps fou à faire ces appels.

Étudiante infirmière : d'accord.

Infirmière : Alors effectivement, d'un point de vue humain c'est bien. Mais en revanche on a moins de temps pour les patients qui sont là à l'instant T. C'est compliqué et parfois ça peut nous mettre dans le jus. L'ambulatoire peut être difficile sur des grosses journées.

Étudiante infirmière : le fait d'être par tous les postes, en fait. Et ça, tu penses que ce serait possible de le modifier ?

Infirmière : Oui. Oui, c'est en passe d'être modifié sur certaines choses. Par exemple maintenant on ne fait plus les appels du lendemain. C'est-à-dire qu'il y a une application, ça s'appelle My*** Et en fait cette application, c'est un peu un dossier patient informatisé. Enfin partagé, pardon, mais vraiment propre au centre. Et en fait là-dedans tu récupères tous leurs comptes rendus opératoires, etc., et ils ont une

petite rubrique questionnaire. Donc par exemple pour les appels du lendemain de l'intervention, ils ont ce questionnaire à remplir. Si jamais il y a un problème, ça nous affiche un petit drapeau jaune sur notre application. Et s'il y a un problème, bah du coup on les rappelle à ce moment-là. Ça garantit la sécurité et les patients qui n'ont pas de soucis, ils ont juste un drapeau vert et eux on sait que c'est OK et qu'on n'a pas besoin de les rappeler. Et ça c'est bien parce que ça permet de maintenir une sécurité de soins importante, parce que mine de rien. Les gens ne sont pas forcément capables de voir s'il y a un problème ou autre, ils ne sont pas infirmiers. Donc nous, si jamais ils ont une question ou quelque chose qui les interpelle, bah nous on peut savoir avec le sens clinique, etc.

Étudiante infirmière : ce que tu m'expliques, c'est que depuis la création de cette application, du coup systématiquement vous ne faites pas les appels téléphoniques du lendemain de l'intervention. En fait, c'est uniquement en cas de problème.

Infirmière : Exactement. Et le deuxième petit point, c'est si jamais les patients n'ont pas répondu au questionnaire. Et si jamais ils n'ont pas de moyens, par exemple des petits papys, des petites mamies qui n'ont pas d'internet, de mails, etc. peuvent pas se connecter dessus. On les appelle.

Étudiante infirmière : d'accord, l'appel peut avoir lieu en cas de difficulté pour le patient de répondre au questionnaire.

Infirmière : tout à fait.

Étudiante infirmière : D'accord. La dernière question, mais tu viens de m'en parler un petit peu : ce serait selon toi quelles ressources seraient nécessaires pour améliorer la qualité perçue par les professionnels de leurs conditions d'exercice. Tu m'as déjà évoqué plusieurs choses là. Est-ce que t'en aurais à rajouter ?

Infirmière : non comme ça non

Étudiante infirmière : d'accord, tu as déjà évoqué la réorganisation des soins, cet appel téléphonique qui était un peu lourd qui a été modifié. La question suivante. Est-ce que tu pourrais me décrire l'accompagnement des patientes en ambulatoire, mais du fait de ton ressenti à toi.

Infirmière : C'est-à-dire ?

Étudiante infirmière : comment tu décrirais ton accompagnement de ces patientes en ambulatoire d'un point de vue de la satisfaction ?

Infirmière : on prend en charge à partir du matin, donc on voit nos patients, après ils partent au bloc, ils reviennent du coup en post-op chez nous. Donc après on a les prises des constantes, etc. On demande la douleur, etc., donc des choses normales. Donc on fait ça trois fois. Après on leur sert une petite collation, on les lève, etc. Et ensuite bah quand tout va bien, quand les médecins renseignent et signent le score de Chung, on peut les libérer. À ce moment-là, c'est un moment où je prends du temps parce que je trouve que c'est un moment qui est très important, ça… comment dire…

Silence

Étudiante infirmière : ça clôture ?

Infirmière : ça ne clôture pas, justement. C'est l'organisation de la suite de la prise en charge, enfin, et comment t'expliquer ça… En fait moi j'estime que si on fait une sortie comme il faut, les patients par exemple vont avoir la capacité de savoir si jamais ils ont un problème, pas de problème à la maison, etc. Donc c'est pour ça que pour moi c'est hyper important, parce que c'est le principe de l'ambulatoire, ils n'ont pas d'infirmiers à la maison directement. Donc il y a vraiment quelque chose sur lequel je suis très

attentive, c'est au niveau de la sécurité où vraiment je vais prendre le temps de déjà leur expliquer les ordonnances, etc. de répondre à leurs questions et surtout de leur parler des complications. Parce que mine de rien les complications, ce sont des choses qui arrivent. En service, entre guillemets, c'est moins grave parce que nous on est là et on les voit. À la maison, ça peut être des conséquences plus importantes. Il y a pas très longtemps, il y a une patiente qui avait été opérée d'une thyroïdectomie totale en ambulatoire qui est décédée. Donc c'est vraiment pour ça, c'est quelque chose que je veille donc vraiment, par exemple les mastectomies, le risque le plus important c'est ce que nous on va appeler l'hématome. Donc c'est vraiment une collection de sang qui est sous la peau, etc. Il faut leur expliquer ça, les signes donc : ça se met à gonfler, ça fait mal, ça devient dur. Les trois quarts du temps elles ont un redon, enfin tout le temps même, ça peut être très très productif dans le redon. Et aussi leur parler avec des mots simples, c'est-à-dire que, par exemple, je vais pas leur dire qu'un redon va être sanglant parce que pour eux ça ne va pas leur parler. Je vais leur dire par exemple : bah voilà, si vous voyez que dans le redon, bah la tubulure elle est pleine de sang et que c'est du sang très très rouge qui ressemble par exemple à du vin rouge, ça parle plus.

Étudiante infirmière : d'accord, bien.

Infirmière : j'ai eu des patientes comme ça qui sont revenues parce qu'en fait elles se sont rendu compte effectivement qu'elles faisaient un hématome parce que je leur avais expliqué vraiment les signes le jour même au moment de la sortie, donc ça je trouve que c'est très important. Ça sécurise tout le monde en fait. Finalement, nous ça nous sécurise parce que on sait que bah c'est fait comme il faut, donc si jamais il y a un problème elles peuvent nous rappeler. Et ça sécurise aussi les patients parce qu'à un moment donné elles savent ce qu'il faut voir, ce qu'il faut surveiller. Et elles se sentent plus en sécurité, elles savent qu'elles peuvent nous rappeler, on va leur dire : "OK, vous pouvez venir", par exemple.

Étudiante infirmière : en quelque sorte vous parlez le même langage entre guillemets. La dernière question, c'est une question ouverte. Est-ce que tu aurais une notion, une idée à me proposer dont on n'a pas parlé là ensemble ?

Infirmière : Dans le cadre de la mastectomie en ambulatoire ?

Étudiante infirmière : oui, une idée, une notion, quelque chose que l'on n'a pas évoqué ensemble qui pourrait peut-être m'aider dans mes recherches.

Infirmière : Le poids psychologique, si, quand même on en a parlé. La sécurité, on en a parlé aussi. Je pense qu'à ce niveau-là on a fait le tour.

Étudiante infirmière : d'accord.

Infirmière : Tu vois autre chose, toi, ou pas ?

Étudiante infirmière : je ne peux pas t'aiguiller sur cette question. Le but, c'est que ça m'ouvre vers un axe auquel je n'ai pas pensé. Je n'avais pas entendu parler de cette application, déjà là je vais devoir chercher des informations.

Infirmière : Oui, ça t'aide.

Étudiante infirmière : Ouais, ça va me permettre d'aller chercher par là. Et également après le score de Chung, je n'avais pas pensé à cette notion-là comme le début de la continuité des soins après et de l'importance de pas juste signer un score de sortie, mais vraiment d'aller transmettre des informations, donc c'est déjà deux grosses notions que je vais pouvoir retravailler.

Infirmière : Et oui, il y a ce côté où vraiment, pour le coup, l'importance des soins à domicile, bah ce n'est pas nous qui les faisons. Ça va être hyper important parce que l'impact psychologique que ça a sur une femme. C'est hyper mutilant comme intervention, que ce soit d'un point de vue psychologique, physique, etc. Psychologiquement parlant, c'est vraiment très compliqué pour elle, on leur enlève une part de leur féminité. Et je pense que oui, effectivement, si on tombe sur des infirmières libérales qui vont pas être forcément formées à ce genre de prise en charge ou des choses comme ça. Faire face à la réalité peut être bien plus violent, je pense qu'en service où elles sont un peu plus bichonnées, etc.

Étudiante infirmière : OK, je te remercie beaucoup.

Infirmière : ça te va.

Etudiante infirmière : Ouais c'est super merci.

Annexe IV :

Grille d'entretien d'enquête

Guide d'entretien d'enquête

Phase d'introduction

« Je suis étudiante infirmière en troisième année et je réalise un travail de fin d'études sur le vécu professionnel des infirmières en chirurgie ambulatoire, dans le cadre de la prise en charge de patientes atteintes d'un cancer du sein. Dans ce cadre, je souhaite recueillir votre témoignage. Cet entretien durera environ 30 à 45 minutes. Il sera enregistré avec votre accord et restera strictement confidentiel — votre anonymat sera garanti. Acceptez-vous que cet entretien soit enregistré ? »

Volet sociologique

- Depuis combien d'années exercez-vous en tant qu'infirmière ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous en chirurgie ambulatoire ?
- Avez-vous exercé dans d'autres services avant la chirurgie ambulatoire ?

Questions ciblées sur l'objet d'étude

Note méthodologique : Chaque question principale est ouverte et non orientée. Les relances ne sont utilisées que si la personne n'aborde pas spontanément la dimension concernée. Elles restent formulées de façon ouverte pour éviter tout biais de confirmation.

Question 1 — Le vécu du travail en chirurgie ambulatoire

Objectif : explorer le contexte de travail.

« Comment décririez-vous votre quotidien de travail en chirurgie ambulatoire ? »

Relances :

- « Qu'est-ce qui vous semble caractéristique de ce service par rapport à d'autres ? »
- « Comment décririez-vous le rythme de travail ? »
- « Qu'est-ce qui vous paraît le plus exigeant dans ce contexte ? »

Question 2 — La relation de soin avec les patientes

Objectif : explorer empathie, communication, posture professionnelle.

« Comment se passe la relation avec vos patientes en chirurgie ambulatoire ? »

Relances :

- « Comment décririez-vous le temps que vous avez pour échanger avec elles ? »
- « Y a-t-il des moments de la prise en charge où vous sentez que la relation est particulièrement importante ? »

- « Comment vous adaptez-vous à chaque patiente dans votre façon d'entrer en contact avec elle ? »
- « Comment décririez-vous la façon dont vous entrez en relation avec une patiente que vous rencontrez pour la première fois le jour de leur intervention ? »

Question 3 — La prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein

Objectif : explorer la singularité de la patiente, la confiance, l'empathie, la communication dans ce contexte spécifique.

« Comment vivez-vous la prise en charge des patientes qui viennent pour une mastectomie ? »

Relances :

- « Qu'est-ce que cette prise en charge a de particulier selon vous par rapport à d'autres interventions ? »
- « Quelle place la dimension émotionnelle prend-elle dans cet accompagnement ? »
- « Comment faites-vous pour prendre en compte ce que vit la patiente sur le plan personnel, malgré la brièveté de la prise en charge ? »
- « Y a-t-il des situations avec ces patientes qui vous ont particulièrement marquée ? »

Question 4 — La cohérence entre valeurs et pratique

Objectif : explorer la cohérence avec les valeurs soignantes (attribut de la satisfaction professionnelle).

« Comment décririez-vous le lien entre la façon dont vous exercez au quotidien et ce qui est important pour vous dans le soin ? »

Relances :

- « Pouvez-vous me donner un exemple de situation où vous avez eu ce sentiment de cohérence ? »
- « Y a-t-il des situations où vous avez le sentiment que ce lien est difficile à maintenir ? »
- « Y a-t-il des situations où vous avez le sentiment que votre pratique ne correspond pas tout à fait à ce que vous souhaiteriez offrir ? »

Question 5 — Le sentiment d'accomplissement

Objectif : explorer le sentiment d'accomplissement et la perception de la qualité du travail.

« À la fin d'une journée de travail, qu'est-ce qui vous donne le sentiment d'avoir bien fait votre travail ? »

Relances :

- « Pouvez-vous me décrire une situation de travail qui vous a marquée, positivement ou négativement ? »
- « Est-ce que ce sentiment varie selon les journées ou les types de prise en charge ? »

- « Comment évaluez-vous vous-même la qualité de votre travail au quotidien ? »
- « Y a-t-il des situations où vous avez le sentiment de ne pas avoir pu faire ce que vous auriez souhaité ? »

Question 6 — Le sens donné au travail

Objectif : explorer le sens donné au travail, la motivation et l'investissement.

« Qu'est-ce qui vous a amené(e) à exercer en chirurgie ambulatoire, et qu'est-ce qui vous y maintient aujourd'hui ? »

Relances :

- « Qu'est-ce qui vous semblerait difficile à quitter si vous changiez de service ? »
- « Le sens que vous donnez à votre travail a-t-il évolué depuis que vous exercez dans ce service ? »
- « Y a-t-il des périodes où vous vous sentez davantage investie, ou au contraire plus distante dans votre pratique ? »

Question de clôture

« Y a-t-il quelque chose que vous souhaiteriez ajouter sur ce sujet, quelque chose que nous n’aurions pas abordé ? »

Résumé

Introduction Le cancer du sein représente la pathologie cancéreuse la plus fréquente chez la femme en France, avec plus de 61 000 nouveaux cas diagnostiqués en 2023. Le développement massif de la chirurgie ambulatoire comme modèle dominant de prise en charge soulève des interrogations particulières dans le cas de la mastectomie, intervention qui dépasse le seul acte chirurgical et touche à l'image corporelle et à l'identité féminine. Dans ce contexte, la place accordée à la dimension relationnelle du soin et le vécu professionnel des infirmières constituent des enjeux insuffisamment explorés dans la littérature.

Méthode Cette recherche s'inscrit dans une visée compréhensive et mobilise une approche qualitative fondée sur des entretiens individuels semi-directifs auprès d'infirmières diplômées d'État exerçant en chirurgie ambulatoire, ayant pris en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein. Les données seront analysées selon une méthode d'analyse thématique de contenu, articulée autour des deux concepts centraux de cette recherche : la relation de soin et la satisfaction professionnelle.

Question de recherche : En quoi la satisfaction professionnelle perçue par les infirmières en chirurgie ambulatoire peut-elle influencer la qualité de la relation de soin établie avec les patientes atteintes d'un cancer du sein ?

Objectif : Comprendre dans quelle mesure la satisfaction professionnelle perçue par les infirmières exerçant en chirurgie ambulatoire peut être liée à la qualité de la relation de soin qu'elles établissent avec les patientes atteintes d'un cancer du sein, à travers l'exploration de leur vécu professionnel, de leur engagement relationnel et du sens qu'elles donnent à leur travail.

Mots-clés

Chirurgie ambulatoire · Mastectomie · Relation de soin · Satisfaction professionnelle · Infirmières · Cancer du sein