



Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes  
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

**Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers**

**S'exprimer sans mots : un effort pour le patient intubé ventilé en réanimation et un défi pour le soignant qui tente de le comprendre**

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

## Diplôme d'Etat d'Infirmier

### Travaux de fin d'études :

### **S'exprimer sans mots : un effort pour le patient intubé ventilé en réanimation et un défi pour le soignant qui tente de le comprendre**

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 Juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

**Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture, du mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers « S'exprimer sans mots : un effort pour le patient intubé ventilé en réanimation et un défi pour le soignant qui tente de le comprendre », à dater et à signer**

*J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.*

*Et si, pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.*

Le 17 Avril 2020,

Signature de l'étudiant : Justine BERHAULT,



Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE  
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1<sup>er</sup> : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

« Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous voulez entendre, ce que vous entendez, ce que vous croyez comprendre, ce que vous voulez comprendre, et ce que vous comprenez, il y a au moins dix possibilités de ne pas se comprendre. Mais, essayons quand même. »

*Nouvelle encyclopédie du savoir relatif et absolu*, Bernard Werber, 2009.

## Remerciements

Je voudrais remercier toutes les personnes qui ont participé à la réussite de ce mémoire et de ma formation.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma référente mémoire, Patricia Daucé, qui m'a encadrée tout au long de ce travail de fin d'études, et ce, même à distance pendant la période de confinement. Elle s'est rendue disponible pour répondre à mes questionnements et me donner de précieux conseils et encouragements.

J'exprime ma gratitude aux formateurs de l'institut de formation en soins infirmiers de Pontchaillou qui m'ont appris toute la partie théorique du métier et qui m'ont accompagné dans ma construction professionnelle. Notamment à Christine Le Bihan, ma référente pédagogique, tout au long de ces années d'école.

Je remercie également les équipes soignantes qui m'ont appris mon futur métier dans les divers lieux de stages. Surtout, les deux infirmiers qui ont accepté de répondre à mes questions et qui m'ont donné un grand nombre d'éléments permettant de construire ma propre réflexion.

J'exprime aussi ma gratitude à mes parents, ma famille et mes proches pour leur écoute, leur soutien et leur encouragement tout au long de ces trois années de formation. Je les remercie de m'avoir épaulée dans ce projet professionnel qui m'épanouit. Je remercie particulièrement mes parents pour avoir corrigé mon travail et ma cousine qui m'a aidée pour mon anglais.

Enfin, je souhaite remercier mes amies de promotion, 'mes loutres', pour ces trois années de formation passées ensemble, dans les meilleurs moments comme dans les plus difficiles.

# Sommaire

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
Cheminement vers la question de départ.....	2
<b>Chapitre 1 : Cadre théorique.....</b>	<b>4</b>
1. Le patient en réanimation .....	4
1.1. Le profil du patient en réanimation .....	4
1.2. Les besoins du patient intubé ventilé .....	6
1.3. Les facteurs qui empêchent la communication verbale du patient en réanimation .....	6
2. La communication avec le patient intubé ventilé .....	7
2.1. Définition de la communication .....	7
2.2. Focus sur la communication non verbale .....	7
2.3. Spécificités de la communication avec le patient intubé .....	8
2.3.1. L'utilisation d'outils.....	8
2.3.2. Une approche complexe pour les soignants .....	9
3. La relation soignant soigné.....	10
3.1. Définitions .....	10
3.2. Les différents types de relations .....	10
3.3. Les spécificités en service de réanimation.....	11
3.4. Les spécificités avec le patient intubé ventilé.....	12
<b>Chapitre 2 : L'entretien semi directif.....</b>	<b>13</b>
1. Le dispositif méthodologique .....	13
2. Le guide d'entretien.....	14
3. Bilan du dispositif (points forts, limites).....	15
<b>Chapitre 3 : L'analyse des entretiens .....</b>	<b>16</b>
1. L'analyse descriptive .....	16
1.1. Les méthodes de communication utilisées par les soignants.....	16
1.2. La communication non verbale avec le patient intubé ventilé conscient .....	17
1.3. L'incompréhension du soignant.....	18
1.4. Les impacts sur la relation soignant soigné .....	18
1.5. Les essentiels de la relation soignant soigné .....	19
2. L'analyse interprétative.....	20
2.1. Les barrières à la communication .....	20
2.2. Les stratégies de communication employées par les soignants .....	21
2.3. La relation soignant soigné .....	22
2.4. La relation privilégiée .....	23
<b>Chapitre 4 : La discussion.....</b>	<b>24</b>
1. L'adaptation de la communication se fait avec une grande part de paralangage.....	24
2. Si cela induit des répercussions négatives, elles concernent plutôt le patient .....	25
3. Même quand la communication n'est pas possible, la relation perdure .....	26
<b>Conclusion .....</b>	<b>29</b>
Bibliographie .....	
<b>Annexes .....</b>	

## Introduction

Une tape dans le dos et un regard insistant en guise d'appel. Ce sont les codes que Mr G, patient de 21 ans, intubé, ventilé, hospitalisé en service de réanimation cardiaque, mais conscient, utilise pour entrer en communication avec moi. Cette situation vécue en stage de réanimation m'a questionnée. C'est aujourd'hui mon point de départ pour ce travail de recherche.

En effet, dans le cadre de ma troisième année à l'institut de formation en soins infirmiers, je dois réaliser un mémoire d'initiation à la recherche. Mon stage du semestre 5 effectué en réanimation cardiaque m'a permis de trouver mon sujet de recherche.

Le thème de la communication m'intéresse car les relations en société privées ou professionnelles sont basées sur les échanges verbaux.

Les services de réanimation sont des services de soins angoissants pour les patients. Les personnes soignées qui sont intubées et ventilées mais conscientes ne peuvent pas user de la communication verbale pour entrer en relation. J'aimerais donc comprendre comment le soignant arrive à établir une relation de soins avec son patient quand un instrument médical le prive de la parole. Je souhaite également, par ce travail de fin d'études, comprendre quel est le ressenti du soignant face à des situations similaires à ma situation de départ.

En réanimation cardiaque, les patients sont accueillis en post opératoire immédiat, sans passer par la salle de réveil. Ils sont donc intubés et ventilés pendant les premières heures de surveillance. La situation que je décris est donc moins fréquente car le patient que je prends en charge est sous ventilateur artificiel à cause de problèmes respiratoires.

Afin d'explicitier ma question de départ, je vais explorer les concepts du patient en réanimation, de la communication et de la relation soignant soigné. Dans mon cadre théorique, que j'alimente grâce à mes lectures, je distingue ces concepts en trois grandes parties. Je vais explorer le profil du patient en service de réanimation, ses besoins et ses difficultés. Puis une partie sera dédiée à la communication, qui s'appuie sur des définitions, avec un focus sur la communication non verbale puis sur les spécificités du patient intubé ventilé et conscient. Je vais ensuite parler de la relation soignant soignée, en décrivant les différents types de relations, en terminant par me raccrocher au contexte de la réanimation.

Une seconde partie est dédiée par la suite à la réalisation d'entretiens avec les soignants puis à leur analyse descriptive et interprétative.

La situation d'appel sur laquelle je me suis appuyée pour trouver ma question de départ est une situation dans laquelle je me suis sentie frustrée car je ne suis pas certaine d'avoir saisi le besoin du patient. Elle m'a laissée perplexe et me questionne, malgré des échanges avec les infirmiers qui m'encadraient.

## **Cheminement vers la question de départ**

Nous sommes le Mardi 29 Octobre 2019 en service de réanimation cardiaque. Je m'occupe avec l'infirmier d'un patient de 21 ans transféré d'un autre hôpital pour endocardite et oedème aiguë du poumon sur porte d'entrée infectieuse.

La fraction d'éjection de son ventricule gauche est très basse, ce qui signifie que son coeur ne remplit pas correctement sa fonction de contractilité. Suite à de nombreuses chirurgies et en l'absence de greffon, il a été décidé par les chirurgiens en collaboration avec la famille de poser à Mr G un Syncardia. C'est un type d'assistance cardiaque qui consiste à disséquer les deux ventricules du patient afin de les remplacer par des pompes artificielles reliées à une machine extra-corporelle permettant de régler les débits et les volumes de remplissage.

Aujourd'hui à J21 de la pose de son assistance cardiaque, les curares ont été arrêtés. La sédation a également été diminuée pour des objectifs d'évaluation de -2 à 0 sur l'échelle RASS.

La communication verbale est entravée par la sonde d'intubation oro-trachéale. L'état de conscience du patient, la diminution de son tonus musculaire, et les autres appareillages ne permettent pas non plus une communication non verbale aisée. L'environnement inconnu dans lequel est hospitalisé Mr G lui procure de l'angoisse. Nous avons observé à plusieurs reprises qu'il est beaucoup plus calme lorsque nous sommes dans la chambre et que nous lui portons attention. Plusieurs fois, le toucher a été un biais rassurant pour lui. En effet, j'ai pu remarquer que placer ma main sur la sienne, lui fermer les yeux lui permettait de se reposer et de respirer plus calmement avec sa sonde d'intubation.

Pour ce qui est du champ verbal, nous informons Mr G de nos faits et gestes. La communication verbale ne va que dans un sens car Mr G ne peut pas s'exprimer oralement.

Ce soir, Mr G a une demande. L'infirmier qui m'encadre n'arrive pas à saisir le besoin du patient. C'est l'heure de la surveillance horaire donc il s'éloigne pour relever les paramètres. Une seringue électrique sonne donc je vais faire le relais. Alors que j'ai le dos tourné à Mr G en train de changer la seringue, il me tape dans le dos. Il me fait des signes avec ses mains mais je ne comprends pas. Alors j'essaie d'utiliser plusieurs outils que j'ai à ma disposition : une ardoise puis une planche avec des dessins et des mots.

Je n'arrive pas à comprendre le besoin de Mr G donc j'opte pour les questions fermées afin qu'il puisse me répondre par « oui » ou « non ». Mais Mr G s'énerve, il fronce les sourcils, se crispe, s'agite... Il a un regard insistant, bouge la tête vers l'arrière et mobilise ses épaules vers le haut. Je finis par comprendre grâce à ses gestes, que son oreiller est mal positionné. Nous le réinstallons donc avec l'infirmier. Lorsque nous lui demandons s'il a besoin d'autre chose, Mr G nous répond que non par un léger mouvement de tête.

Je me suis sentie frustrée face à cette incompréhension de ma part, car j'ai eu l'impression de ne pas remplir mon rôle qui est de répondre aux besoins des patients et d'améliorer leur confort et leur bien-être. Cette difficulté à comprendre ce dont avait besoin Mr G m'a fait me questionner sur la dimension soignant soigné lorsque la communication est entravée.

La situation que j'ai vécu m'a questionnée, notamment à propos de la seule présence du non verbal pour le patient. Je me demande comment établir une réelle relation soignant soigné lorsque la communication est altérée par la sonde d'intubation oro-trachéale. D'une part, la compréhension que nous faisons des besoins des patients est-elle juste ? Comment pouvons-nous le savoir ? Et qu'en est-il en situation d'incompréhension de notre part, Mr G a-t-il acquiescé mes propositions par énervement ou agacement ?

D'autre part, je me demande quels sont les sentiments ressentis par les soignants en l'absence de compréhension de la demande du malade (frustration, stress...).

Concernant la qualité du séjour en réanimation, je me questionne à propos de l'impact de l'absence de communication sur la qualité de vie du patient et sur la place de cette communication dans la prise en charge du patient intubé. Je me demande également si une seule présence dans la chambre du patient peut s'avérer rassurante pour lui et si le toucher peut avoir sa place pour rassurer ou conforter le patient.

De ces questionnements, a émergé la question de départ de mon mémoire qui est « **En réanimation, en quoi l'absence de communication verbale avec un patient intubé ventilé impacte-t-elle la relation soignant soigné ?** ».

# **Chapitre 1 : Cadre théorique**

## **1. Le patient en réanimation**

Le séjour à l'hôpital des patients diffère en fonction de la pathologie qui les amène en service de réanimation et du degré de gravité. Afin d'illustrer le vécu du patient en réanimation, je m'appuie donc sur deux témoignages. Philippe Labro a passé six semaines et dix jours en service de réanimation. Rachel Bellon raconte, elle, son séjour en réanimation chirurgicale.

### **1.1. Le profil du patient en réanimation**

Comme Philippe Labro le dit dans son ouvrage, la réanimation est un service spécifique adoptant une ambiance et des modes de fonctionnement différents des services traditionnels (1996).

Dans ces services, les patients sont polytechniqués. Ils sont perfusés parfois à plusieurs endroits pour administrer les thérapeutiques. Des électrodes sont placées sur leurs poitrines branchées à un scope afin de suivre en continu l'activité cardiaque. La saturation en oxygène est prise par une pince placée au bout du doigt du patient. Philippe Labro parle plus spécifiquement de la machine à laquelle est reliée la sonde d'intubation lorsque le patient est intubé et ventilé. Cette machine est appelée ventilateur artificiel. Elle « pompe de l'air et en insuffle à travers la trachée du patient, lui permettant de respirer » (1996, page 29). Afin que la personne soignée ne soit pas en capacité de s'auto-extuber, un filet maintient la sonde d'intubation à la tête du patient grâce à une technique de laçage particulière. Souvent, des compresses sont placées autour de ce filet, au dessus des oreilles des patients de manière à ne pas les abimer, notamment à cause des points d'appuis que provoquent la sonde et le filet. Philippe Labro dit avoir l'impression d'être paralysé par tous ces appareillages (1996).

Rachel Bellon, quant à elle, raconte qu'elle ne comprend pas son état de santé au vu de la méconnaissance du matériel, notamment aux alarmes bruyantes et lumineuses (2007).

Philippe Labro porte également une attention particulière au bruit que provoque le ventilateur artificiel. En effet, lorsque le patient tousse, ou ne respire pas de manière adaptée au respirateur, le tube amplifie les bruits et la machine émet des sons pour signifier que le patient ne respire pas correctement. Cela peut être gênant et anxiogène pour la personne soignée qui ne connaît pas la signification des bruits (1996).

En effet, les émotions sont omniprésentes pour les personnes soignées. Pour illustrer ce propos, il écrit dans son témoignage :

La maladie qui m'a conduit à la réa m'a emmené plus loin que la réa, bien au delà du Cap Horn (...) dans ce que les anglo-saxons appellent une NDE 'Near Death Experience' et qu'il convient de traduire ainsi : une expérience de mort approchée. (...) Au cours de cette traversée, j'ai vu et entendu toutes sortes de choses. Des monstres, des anges, des paysages et des visages, du vide et du trop plein, de la compassion, de l'horreur et de l'amour (1996, page 33).

En effet, un patient en service traditionnel a la possibilité de s'exprimer à propos de ses ressentis mais lorsqu'il est intubé et ventilé, l'absence de communication chez le patient peut être vue comme une privation de liberté d'expression. Il dit notamment que « l'impossibilité de m'exprimer a pesé et m'a rendu plus conscient de mes limites » (1996, page 182).

Sans la communication verbale, le patient émet des difficultés à s'exprimer. D'autant plus que les mains sont généralement contentionnées au lit pour écarter le risque d'auto-extubation ou d'arrachage des perfusions, qui permettent de passer l'hydratation et les traitements directement dans le sang du patient. Philippe Labro dit « En agitant faiblement ton poignet (...), en oscillant la tête, en tentant de parler avec les yeux, tu vas essayer de faire comprendre que le tube est obstrué, ta respiration plus difficile (1996, page 42).

Un autre problème est soulevé par Philippe Labro : la désorientation temporo spatiale. Cela est très fréquent en réanimation du fait des sédations. D'autant plus que les souvenirs peuvent se mélanger et la personne soignée perd alors ses repères (1996). Il stipule que la notion de temps est absente car « une vision peut durer quelques secondes, on croit qu'elle a duré un jour ou une heure » (1996, page 56).

Chaque patient a ses repères. En effet, lors de son réveil, Rachel Bellon explique être désorientée. Elle utilise comme repères spatiaux les tenues professionnelles des soignants ainsi que le technicage qu'elle possède (2007).

Pour résumer cette partie, je cite Philippe Labro qui s'exprime une fois de plus sur ses sentiments pendant son séjour en service de réanimation. Il relève comme principales habitantes de son esprit l'anxiété, la peur et la douleur. D'après son témoignage, l'anxiété est un sentiment présent dès le réveil du patient en service de réanimation. En effet, le monde inconnu de l'hôpital, la perte des repères, l'omniprésence de techniques, les sons inconnus sont diverses sources d'anxiété pour le patient. Cette anxiété entraîne la douleur physique à laquelle s'associe la peur : « Elle a laissé allumé, et puis elle est partie, et je suis seul, j'ai peur. J'ai peur de tout. Une panique vaste, pleine, s'empare de moi » (1996, page 59).

## **1.2. Les besoins du patient intubé ventilé**

Pour faire face à son anxiété, sa peur et sa douleur, le patient a besoin de présence de l'équipe soignante. Philippe Labro insiste sur leur importance par cette phrase : « Tu as l'impression d'être en train de te noyer. Elles seules peuvent tenir ta tête hors de l'eau. Tu as l'impression en permanence d'être dévoré par un incendie, elles seules peuvent l'éteindre. » (1996, page 41). Il insiste par ces images sur le besoin d'être entouré lors du séjour en réanimation, les aides soignantes et les infirmières étant les plus présentes aux chevets des patients.

La présence n'est pas seulement le seul besoin des patients. En effet, les gestes techniques ne peuvent pas être réalisés par le patient lui-même.

Dans les sondes d'intubation, des bouchons de salive peuvent se former empêchant ainsi les patients de respirer sans gênes. Lorsqu'un infirmier prend en charge un patient intubé et ventilé, il doit réaliser régulièrement des aspirations dans la bouche et dans le tube. Parfois, les aspirations régulières ne sont pas suffisantes. Une fois qu'elle a pris l'habitude d'avoir une sonde d'intubation, la personne soignée ressent lorsqu'elle a besoin d'aide pour expectorer et appelle ainsi le soignant. D'après Rachel Bellon, « ce geste n'est pas agréable mais il m'empêche d'étouffer » (2007, page 28).

## **1.3. Les facteurs qui empêchent la communication verbale du patient en réanimation**

Comme vu précédemment, la communication verbale du patient intubé ventilé et conscient est altérée par certains facteurs. La sonde d'intubation est la principale cause de communication verbale altérée.

En effet, d'après Marie Godet, « l'intubation orotrachéale consiste à cathétériser la glotte et la trachée par une sonde d'intubation. Elle sert à libérer les voies aériennes, à les protéger du risque d'inhalation de liquide gastrique, à réaliser une ventilation artificielle mécanique et à oxygéner le patient de façon optimale. » (2011, page 45).

Delphine Glémée, Christelle Gigandet et Sarra Zouad expliquent que « le ballonnet est gonflé sur la sonde d'intubation pour permettre l'obstruction nécessaire à la protection des voies aériennes contre une éventuelle inhalation » (2019, page 18).

Comme on peut le voir sur les schémas en annexes III et IV, la sonde d'intubation est introduite entre les cordes vocales, ce qui les empêche de vibrer ensemble et ainsi d'émettre un son.

Une deuxième cause physique de l'altération de la communication est la perte de tonus musculaire. Comme je le développe dans les parties suivantes, les outils de communication sont parfois difficiles à utiliser lorsque le patient ne peut pas user de ses mains par manque de force.

Ensuite, comme Rachel Bellon l'écrit dans son témoignage, l'environnement étranger et donc la perte de repères est une troisième cause de privation de communication verbale. Elle dit : « J'apprendrais plus tard que je ne parle pas alors que je pense parler... Seul mon regard s'exprime. » (2007, page 28). Lorsque les patients se réveillent après la levée de sédation, ils découvrent un environnement qui leur est inconnu. La personne soignée est désorientée dans le temps et dans l'espace, elle se rend compte progressivement des différents techniques présents sur son corps.

## **2. La communication avec le patient intubé ventilé**

### **2.1. Définition de la communication**

Véronique Gaudeul, citée par Cholé Babel et Elena Zampieri, définit la communication comme un échange d'informations entre deux personnes. Pour elle, l'échange verbal n'est pas seul vecteur de communication puisque la parole est accompagnée de mimiques, de postures, de tonalité qui nuancent le sens des mots (2005).

En s'appuyant sur la définition de V. Gaudeul, ces deux auteurs écrivent dans leur travail de fin d'études que la communication se transmet par une alliance de verbal et de non verbal.

Pour compléter cette définition, Marie-Odile Rioufol insiste sur l'importance du choix des mots pour transmettre des messages facilement compréhensibles de tous. Elle dit également que la communication non verbale peut être interprétée en fonction de l'interlocuteur auquel la l'émetteur s'adresse (2013).

C. Babel et E. Zampieri écrivent notamment que plusieurs éléments peuvent freiner la communication. C'est par exemple le cas de la barrière de la langue, de la religion de la personne soignée et de ses valeurs. La différence d'âge entre les deux interlocuteurs peut également gêner la communication notamment par les préjugés et les stéréotypes accompagnant les différences culturelles (2015).

Elles citent dans leur ouvrage que « la ventilation peut être un obstacle supplémentaire, suffisant à influencer la communication. Cela entraîne l'absence de parole et la gestuelle limitée chez un des interlocuteurs » (2015, page 10).

### **2.2. Focus sur la communication non verbale**

D'après les définitions généralistes de la communication, on sait donc que l'échange est une alliance du verbal et du non verbal et que certains facteurs peuvent empêcher cette communication verbale, comme décrit dans la partie 1.3. Le patient de réanimation ne peut pas utiliser la partie verbale à cause

de la sonde d'intubation oro-trachéale. Cependant, pour pouvoir entrer en relation avec le soignant et exprimer ses besoins, il peut user de la communication non verbale.

D'après le dictionnaire Larousse, la communication non verbale, aussi appelée paralangage est un « ensemble de moyens de communication naturels qui ne font pas partie du système linguistique, mais qui peuvent accompagner et renforcer la parole » (s.d.).

Pour compléter la définition du Larousse, je m'appuie sur une définition de cours de l'unité d'enseignement 4.2 que j'ai suivie en deuxième année. Christine Le Bihan, formatrice à l'institut de formation en soins infirmiers de Rennes Pontchaillou, écrit que la communication non verbale est « ce que l'on voit, entend, touche, sent [...] ce qui ne transite pas par les mots, la langue orale ou écrite » (2018, page 3).

D'après cette définition, on peut dire que le paralangage consiste à utiliser quatre de nos cinq sens. En effet, selon Delphine Glémée, Christelle Gigandet et Sarra Zouad, il existe plusieurs types de communication non verbale.

Le premier type consiste au toucher relationnel. Il est décrit comme « vecteur de bien être et permet au patient de prendre conscience de son corps autrement que par des gestes invasifs et agressifs » (2016, page 18) prodigués en grand nombre en service de réanimation.

Ces auteurs décrivent le deuxième type de communication non verbale comme des attentions permettant au patient de s'orienter et de se projeter dans sa vie antérieure, dans un contexte particulier qui se veut rassurant. Pour cela, il est important que le patient puisse redévelopper certains de ses sens qui ne se veulent pas privés par l'hospitalisation. C'est notamment le cas de l'ouïe et de l'odorat. En effet, il est facilement possible de « lui faire écouter la musique qu'il aime, d'utiliser ses propres affaires de toilette » (2016, page 18).

Les méthodes et les outils de communication utilisés par les soignants avec ce patient ne bénéficiant pas de la parole sont les dernières composantes de la communication non verbale.

## **2.3. Spécificités de la communication avec le patient intubé**

### **2.3.1. L'utilisation d'outils**

Sans outils, il est très compliqué de comprendre un patient intubé ventilé et conscient. En effet, la lecture labiale est rendue quasi impossible par la présence de la sonde d'intubation au milieu de la bouche. Le patient et le soignant doivent s'accorder sur des méthodes à utiliser. Il en existe plusieurs qui doivent être adaptées à la personne soignée. Delphine Glémée, Christelle Gigandet et Sarra Zouad citent ces moyens de communication avec le patient intubé ventilé.

Le premier outil généralement testé est l'ardoise. Le patient ne bénéficie pas de la parole mais il peut potentiellement écrire. En effet, cela dépend du nombre de jours d'hospitalisation car le tonus musculaire se perd très rapidement, notamment lorsque le patient reste inconscient plusieurs jours.

La seconde méthode utilisée est une planche de vignettes (cf. annexe V) où sont dessinés plusieurs besoins qui pourraient être éprouvés par le patient ainsi qu'un alphabet. Si le patient a besoin d'une des choses présentes sur la planche, il suffit qu'il le pointe du doigt pour que le soignant le comprenne. Cependant, le tonus musculaire peut également entraver ce moyen de communication car il peut s'avérer compliqué pour lui de lever sa main pour pointer une vignette du doigt. Il peut également avoir des oedèmes au niveau des membres inférieurs ou être douloureux (2016).

La technique sans support employée lorsque ces méthodes ne fonctionnent pas est la question fermée. Le patient peut alors cligner des yeux pour exprimer un 'oui', froncer les sourcils pour signifier 'non' ou faire des légers mouvements de tête. Comme je l'ai observé et pratiqué en stage, les questions sont posées en entonnoir, c'est à dire que les interrogations sont larges au début, et deviennent de plus en plus précises pour ainsi réussir à comprendre le patient.

### **2.3.2. Une approche complexe pour les soignants**

Cela rend donc la compréhension par le soignant compliquée. Comme l'expliquent D. Glémée, C. Gigandet et S. Zouad, « ces méthodes demandent un engagement de la part du soignant qui doit chercher à comprendre la personne malade » (2019, page 19).

Comme vécu en stage, la compréhension du patient peut être longue. Effectivement, il faut d'abord observer le patient et comprendre qu'il a besoin de quelque chose. Il lève le doigt, bouge la tête ou encore donne un petit coup lorsque nous sommes à ses côtés. Puis, il faut trouver l'outil adapté lorsque l'on ne connaît pas beaucoup la personne soignée en les testant un à un. Ensuite, il s'agit de trouver les bonnes questions et de bien interpréter les réponses afin de pouvoir répondre aux attentes du patient. Pour terminer, il faut s'assurer qu'il n'a plus besoin de nous.

D'ailleurs, d'après Michèle Grosclaude, « l'interprétation, la confusion et la non compréhension des explications données sont inévitables chez le patient éveillé. » (2013, page 40).

L'interaction entre les deux interlocuteurs commence par des paroles. Une chose importante est donc de considérer le patient comme « un être humain à part entière dans un état différent [...] et non pas comme un objet cible de soins » (2013, page 40).

### **3. La relation soignant soigné**

La communication est la base pour instaurer une relation soignant soigné de qualité. Je vais donc tout d'abord définir les différents types de relation avant d'expliquer les spécificités avec le patient intubé ventilé conscient en service de réanimation.

#### **3.1. Définitions**

La complexité des pathologies rencontrées en service de réanimation fait que les soins techniques sont omniprésents. Malgré cela, il est important de prêter une grande attention aux soins relationnels. Une unité d'enseignement leur est d'ailleurs dédiée en deuxième et en troisième année de formation. Christine Le Bihan, une de nos formatrices nous l'a enseignée. Dans son cours, elle s'appuie sur le dictionnaire des soins infirmiers pour décrire les soins relationnels comme « des interventions verbales et/ou non verbales visant à établir une communication en vue d'apporter une aide et un soutien psychologique à une personne ou un groupe de personnes » (2018, diapo 15).

Selon Monique Formarier, une relation soignant soigné « implique des rapports sociaux codifiés, pré-établis fixant par avance l'identité sociale, les rôles et les styles d'interaction des protagonistes ». Malgré la différence des patients pris en charge, les relations peuvent parfois se ressembler et ainsi être répétitives (2007, page 34).

Elle ajoute que les caractères des patients et leurs attentes au niveau des prises en charges diffèrent. Les relations de soins ne doivent donc pas être prévues, ni similaires. Elles font partie intégrante de la prise en charge du patient aux côtés des soins techniques (2007).

#### **3.2. Les différents types de relations**

Il existe différents types de relations soignant soigné à mettre en place avec le patient. Dans son cours, Christine Le Bihan en décrit quatre types : la relation de civilité, la relation fonctionnelle, la relation de compréhension et la relation d'aide thérapeutique (2018).

La relation de civilité est la première qui intervient dans une relation de soins. D'après Monique Formarier, elle correspond aux codes socio-culturels. Il s'agit notamment de la politesse. Lorsque le soignant entre dans la chambre il se doit d'être courtois, de se présenter (2007).

Une fois que le soignant est entré en relation avec le patient, ce dernier peut lui délivrer des informations. Pendant ces échanges avec le patient, la relation fonctionnelle permet de recueillir des renseignements importants. Ces informations peuvent concerner les habitudes de vie, les habitudes

familiales permettant de resituer le patient dans son environnement naturel en supprimant la perte de repères (2007).

Puis, le soignant fait preuve de compréhension du patient. La relation de compréhension peut également être appelée relation de soutien. Comme son nom l'indique, elle consiste à soutenir le patient par une attitude empathique. L'écoute active est un des principaux éléments clés de cette relation (2007).

La relation d'aide, quant à elle, est selon Christine Le Bihan, « une interaction particulière entre deux personnes, chacune contribuant personnellement à la recherche et à la satisfaction d'un besoin d'aide » (2018, diapo 19). Ce type de relation est utilisé dans le domaine du soin pour « accompagner la personne soignée à vivre sa maladie » de manière ponctuelle ou prolongée (2018, diapo 17). Cette relation est présente dans toutes les relations soignant soigné. L'accompagnement du patient se fait par le biais d'entretiens formels ou informels.

### **3.3. Les spécificités en service de réanimation**

La spécificité de la prise en charge du patient est liée à l'omniprésence de technicité. Comme dit précédemment, la communication fait partie intégrante de la relation. Dans son article, Hélène Huys définit le service de réanimation comme un service d'hospitalisation dans lequel « les fonctions vitales du patient sont altérées » (2008, page 21). Delphine Glémée, Christelle Gigandet et Sarra Zouad ajoutent à la définition que cette « défaillance d'un ou plusieurs organes, menace à court terme le pronostic vital » (2019, page 16). Malgré la technicité des soins, il est indispensable que le patient ne soit pas déshumanisé.

D'après Emanuelle Brisseau et Béatrice Niéda, « la relation entre l'infirmière et le patient est unique et spécifique du fait des soins vitaux apportés » (2008, page 23).

En effet, en fonction de leurs pathologies, les patients sont sédatisés ou non. D. Glémée, C. Gigandet et S. Zouad ajoutent que parler au patient pris en charge permet de « préserver la dignité de la personne et l'inscrire dans une relation » (2019, page 16). Hélène Huys complète le propos des trois auteurs en mettant en avant la notion de respect. Elle explique notamment que la communication peut permettre de « prévenir les angoisses et les frustrations » du patient pouvant être liés aux soins prodigués (2008, page 22).

### 3.4. Les spécificités avec le patient intubé ventilé

Dans le cas de patients intubés ventilés et conscients, la relation est unilatérale puisque seul le soignant use de la communication verbale.

Selon Julien Novosad, la relation de confiance est basée sur l'écoute active de la part du soignant et sur le fait que « l'infirmier met tout en oeuvre pour le comprendre, répondre à ses attentes ou apaiser ses angoisses » (2016, page 34). Certaines médiations thérapeutiques peuvent permettre la réassurance de la personne soignée. C'est le cas du toucher relationnel qui consiste à créer un contact physique, notamment par la main, ou encore faire un massage relaxant, par exemple lors des soins de nursing (2016).

En effet, comme le disent D. Glémée, C. Gigandet et S. Zouad, les soins techniques que nous prodiguons et qui nous paraissent inoffensifs peuvent être ressentis différemment par la personne soignée (2016). C'est par exemple le cas de la toilette, même si les soignants utilisent la douceur et toute l'attention nécessaire pour ne pas blesser le patient, ce dernier peut le ressentir comme un soin envahissant son intimité et sa pudeur.

Afin de dépasser ces difficultés d'entrée en relation, Marie Odile Rioufol donne quelques conseils. Elle préconise de rester positif quant aux moyens de communiquer avec le patient. Il faut le rassurer et lui « donner des informations claires, concises et non contradictoires pendant les soins » (2013, page 22). Il est également indispensable de faire preuve de patience afin de laisser au patient le temps de s'exprimer sur ses besoins en lui permettant aussi « d'exprimer ses émotions (pleurs, colères...) par une attitude compréhensive et chaleureuse tout en respectant les larmes » (2013, page 23).

Pour conclure, le cadre théorique évoque deux différents profils de patients en réanimation. Les points communs qui ressortent sont les émotions ressenties à savoir l'anxiété et la peur. Les patients sont anxieux du fait de l'environnement inconnu. En effet, lorsqu'ils se réveillent, ils sont polytechniqués, ne connaissent pas la signification des alarmes souvent bruyantes ni le personnel soignant. A la levée de sédation, une désorientation temporo-spatiale est souvent présente par perte de repères. En fonction de sa pathologie, le patient est intubé ventilé et ressent cette sonde d'intubation oro-trachéale comme une privation de liberté d'expression.

C'est pour ces raisons que les soignants doivent faire preuve d'un accompagnement adapté en faisant preuve de respect et en permettant aux patients d'utiliser des outils pour exprimer leurs besoins.

En effet, la communication, alliance de verbal et de non verbal, est la clé d'une relation soignant soigné de qualité. Cette relation est rendue difficile par la complexité des prises en charge. Mais le patient doit être soigné en tant que personne à part entière et non en tant que pathologie. Le soignant se doit donc de prendre le temps de comprendre les besoins du patient, le rassurer sur sa prise en soins et apaiser ses angoisses.

## **Chapitre 2 : L'entretien semi-directif**

### **1. Le dispositif méthodologique**

Dans le but de compléter la partie théorique de mon mémoire, je vais réaliser des entretiens avec des infirmiers de terrains, qui ont côtoyé ou qui côtoient actuellement les services de réanimation. Afin de mener à bien ces entretiens semi directifs, j'ai choisi d'interroger deux professionnels d'expériences différentes en service de réanimation afin de pouvoir réaliser une analyse comparative. Je m'appuierai sur le guide d'entretien rédigé au préalable. Ce dernier me permet d'avoir un fil conducteur tout au long de l'entretien et de pouvoir interagir avec les professionnels grâce à des questions de relance.

Le premier infirmier que j'interroge exerce en libéral. Il est diplômé depuis 2006 et a exercé principalement dans des services de réanimation en France. Il a notamment exercé en réanimation chirurgicale, médicale, cardiologique adulte et pédiatrique à Toulouse, Paris, Lyon et Rennes avant de rejoindre un cabinet libéral depuis 2 ans.

Le deuxième infirmier a davantage d'expérience professionnelle et exerce actuellement en réanimation cardiaque. Il est diplômé depuis Décembre 1997 et a pratiqué aux urgences essentiellement. Il est arrivé à Rennes en 2004 où il a tourné sur le pool technique (les réanimations, les urgences et le service d'hématologie). Ensuite il est allé en service de réanimation de chirurgie cardiaque et vasculaire (CTCV). Puis, il a fait un saut par le centre de simulation du pôle de formation des professionnels de santé avant de remettre les pieds en réanimation CTCV.

J'ai choisi d'interroger ces infirmiers car j'ai côtoyé leurs pratiques professionnelles durant mes stages. Au vu de leur parcours professionnel, je sais qu'ils ont vécu des situations similaires à ma situation d'appel et qu'ils pourront ainsi fournir des réponses adaptées à mes questions. J'ai pris contact avec le premier infirmier par le biais de mon stage en libéral, il a tout de suite accepté de réaliser l'entretien et nous avons trouvé un temps commun sur ma dernière semaine pour qu'il réponde à mes questions. J'ai contacté le second infirmier par mail afin de lui demander son accord et de fixer une date de rendez vous.

Afin d'avoir du contenu en lien avec mon cadre théorique, je reprends les notions clés pour structurer mes questions. La première partie visera à relater les moyens de communication utilisés par l'infirmier lorsqu'il communique avec un patient intubé ventilé et conscient. La seconde sera centrée sur la communication non verbale du patient et l'importance qu'ils y accordent. La troisième partie consistera à explorer l'incompréhension des soignants et les sentiments ressentis. La dernière partie aura pour but de comprendre l'impact de la communication sur la relation soignant soigné.

Ces entretiens dureront environ 20 minutes. Ils seront enregistrés sur téléphone puis retranscrits par la suite. Cela me permettra de ne pas prendre de notes pour être à l'écoute de leurs réponses. Je prévois de les réaliser dans des lieux calmes, que je n'ai pas encore déterminés.

## **2. Le guide d'entretien**

### Introduction :

Dans le cadre de ma troisième année en institut de formation en soins infirmiers, je réalise un mémoire d'initiation à la recherche qui participera à la validation de mon diplôme d'état. Le thème de mon mémoire est la communication avec un patient intubé ventilé et conscient. « Je ne te donnerai pas ma situation d'appel au préalable car je ne veux pas que tu fasses seulement référence à cette situation. Je te garantis de préserver ton anonymat. Me donnes-tu ton accord pour l'enregistrement ? Cela me permettra d'écouter tes réponses activement et de faire en sorte que l'entretien ressemble davantage à une discussion qu'à un interrogatoire ». L'entretien va durer environ 20 minutes.

Peux-tu te présenter synthétiquement ? Peux-tu me parler de ton parcours professionnel ? Quelle est ton expérience en service de réanimation ?

### Première partie centrée sur les moyens de communication utilisés par l'IDE :

Comment communique-tu avec un patient intubé ventilé conscient ? Quelles difficultés rencontres-tu ?

En dehors des outils, quels autres moyens as-tu pour communiquer ?

### Deuxième partie centrée sur la communication non verbale du patient intubé ventilé conscient (et la manière de communiquer) :

Quelle importance accordes-tu à la communication non verbale ?

Quelle forme peut-elle prendre ?

Y a-t-il, selon toi, des informations plus ou moins faciles à comprendre malgré l'intubation ?

Sur quoi l'infirmier va centrer son attention pour comprendre le patient intubé ventilé ? / Qu'est-ce qui permet de décoder le patient ?

### Troisième partie centrée sur l'incompréhension du soignant :

Comment fais-tu lorsque tu n'arrives pas à comprendre le patient intubé ventilé ?

Quels sentiments ressens-tu lorsque tu n'arrives pas à comprendre le patient ?

### Dernière partie centrée sur l'impact sur la relation soignant soigné :

Quelle(s) répercussion(s) peut avoir notre incompréhension du patient intubé ventilé sur la relation soignant soigné ?

Si le soignant me répond négativement, lui demander s'il pourrait trouver des répercussions positives ?  
Que mets-tu en place pour limiter ces répercussions ?

Conclusion/ Synthèse :

Lorsque tu prends soin d'un patient intubé ventilé mais conscient, qu'est ce qui te semble essentiel dans la relation soignant soigné ?

As-tu quelque chose à ajouter ?

Les retranscriptions des deux entretiens réalisés se trouvent en annexes numéro VI et VII.

### **3. Bilan du dispositif (points forts, limites)**

Mes deux entretiens semi directifs se sont très bien passés. Les deux infirmiers ont écouté mes questions et ont su les comprendre dans le sens imaginé lors de l'élaboration du guide de rédaction. Ils m'ont apporté beaucoup de contenu pertinent, des éléments qui ont rejoint mon cadre conceptuel. Le point fort de mon entretien est le fait qu'ils aient été bavards. Ainsi, ils ont amené beaucoup de réponses sans que j'eus besoin d'utiliser mes questions de relance. Je trouve que mes entretiens ont davantage ressemblé à des discussions qu'à des interrogatoires, ce qui est également positif car j'ai pu me sentir à l'aise pour poser mes questions.

J'ai réalisé mon premier entretien avec l'infirmier libéral lors d'une pause entre deux patients. La question de la temporalité s'est donc posée. En effet, je savais que nous avions le temps de le réaliser mais je ne voulais pas retarder l'infirmier pour la suite de la tournée. Cependant, l'entretien ayant duré une vingtaine de minutes, j'ai eu le temps de poser toutes mes questions.

Concernant mon deuxième entretien, une date de rencontre était fixée avec l'infirmier de Réa. Au vu des mesures exceptionnelles prises par l'Etat en lien avec le Coronavirus Covid-19, je n'ai pas pu me déplacer. Antoine m'a proposé de réaliser l'entretien en vidéo via WhatsApp, ce qui a pu se faire car j'ai réussi à enregistrer la conversation avec mon ordinateur.

## **Chapitre 3 : L'analyse des entretiens**

### **1. Analyse descriptive**

#### **1.1. Les méthodes de communication utilisées par les soignants**

La première partie de mon guide d'entretien était centrée sur les différentes stratégies de communication adoptées par les soignants lorsqu'ils sont face à un patient intubé, ventilé et conscient. D'après les infirmiers interrogés, les outils de communication sont souvent utilisés. Il faut également adapter la méthode de communication en utilisant le non verbal pour le comprendre. La disponibilité de l'infirmier est quant à elle, primordiale pour pouvoir saisir les demandes du patient.

Dans les outils de communication utilisés, on repère trois catégories principales : les outils prêts à l'emploi tels que les abécédaires ou les vignettes graphiques qui représentent des besoins quotidiens, des outils nécessitant l'écriture de la part du patient notamment l'ardoise, puis les outils informatiques qui ne sont pas encore utilisés dans tous les services de réanimation. Un des infirmiers interrogés m'a parlé de l'eye-tracking, une méthode numérique consistant à utiliser une tablette numérique équipée de reconnaissance visuelle. Cet outil de communication devrait être testé très prochainement en réanimation cardiaque à Rennes.

Lorsque la méthode verbale est choisie par le soignant, il est nécessaire d'adapter la méthode de communication. En effet, il faut d'abord devancer les questions « pour essayer de devancer les demandes ». Puis, les questions sont généralement fermées afin que le patient puisse répondre par oui ou par non. L'infirmier peut ensuite procéder par élimination en posant des questions larges au début, qui deviendront de plus en plus précises comme « un entonnoir pour arriver à la demande » du patient intubé ventilé et conscient.

Le non verbal fait également partie intégrante de la communication. Selon les soignants il passe par le regard, l'observation des mains et des gestes du patient.

Enfin, l'infirmier doit se rendre disponible « intellectuellement et physiquement » pour le patient. C'est à dire qu'il doit prendre du temps afin de saisir la demande du patient. Un infirmier dit cependant qu'ils ont souvent une première idée de la demande lorsqu'ils entrent dans la chambre du patient.

Cependant, malgré les stratégies de communication mises en oeuvre pour accéder à la demande du patient, les infirmiers soulignent « plusieurs barrières » à cette communication. Ils décrivent des barrières pour le patient mais aussi pour le patient, et rebondissent sur l'environnement spécifique des services de réanimation.

Les barrières côté patient sont nombreuses. En effet, certaines comme les oedèmes ou la sonde d'intubation altèrent les capacités verbales et motrices du patient. D'autres, telles que les sédations,

sont responsables de troubles cognitifs. Les patients sont alors « conscients mais pas forcément cohérents » ou même « pas forcément conscients de la situation » dans laquelle ils se trouvent.

La barrière mise en évidence par un des infirmiers pour le soignant est le port de masques chirurgicaux lors de certains soins qui nécessitent un habillage en stérile.

Mais selon les soignants, l'environnement des services de réanimation est également un facteur de difficultés. Ils décrivent cet environnement comme « un milieu hostile », « un milieu invasif » de par les lumières, les sons inconnus pour le patient et les surveillances horaires.

## **1.2. La communication non verbale avec le patient intubé ventilé conscient**

Dans la deuxième partie de mon entretien, j'ai amené les infirmiers à parler des différentes formes de communication non verbale et l'importance qu'ils y accordent. A partir de leurs réponses, j'ai pu distinguer trois catégories : la prise de contact, l'utilisation du corps et l'observation du patient. Un des infirmiers a souligné l'importance de l'entrée en contact. En effet, il dit que « la façon dont on allume la lumière » et la posture soignante adoptée peut permettre une bonne entrée en relation. L'observation du patient est elle aussi essentielle, elle permet de comprendre le patient à travers un regard ou une expression. L'utilisation du corps est un moyen de mieux saisir la demande du patient, mais également de mieux se faire comprendre car il est possible d'expliquer les soins pratiqués sur le corps avant de les réaliser. Un des infirmiers est formé à l'hypnose, il utilise beaucoup cette technique pour apaiser les patients et ainsi mieux échanger avec eux.

Quant à l'importance qu'ils accordent au paralangage, ils disent être vigilants et disponible car cela fait partie intégrante de la communication.

Lorsque les infirmiers se sont exprimés par rapport aux données plus ou moins faciles à comprendre, j'ai noté autant d'informations faciles à saisir que d'informations difficiles à interpréter. Les deux professionnels trouvent que les demandes liées aux soins sont aisées à deviner, « souvent sur les pansements, les soins d'hygiène, c'est assez simple ». Il en est de même pour les besoins liés au confort du patient tels que la douleur et les besoins quotidiens (repositionner le patient, couvrir ou découvrir).

Les informations plus difficiles à capter portent généralement sur les raisons de l'hospitalisation et leur état de santé notamment les « questions très ouvertes sur le diagnostic » m'a dit un des infirmiers. Les demandes particulières telles que les requêtes non habituelles ou les sollicitations souvent très importantes pour eux (appels, visites de la famille...) sont également sources de difficulté pour les soignants.

Le décodage du patient passe donc par trois étapes selon les infirmiers, à savoir les expressions du corps, la temporalité et la compréhension.

Premièrement, dans les expressions du corps j'ai relevé le fait de regarder les expressions du visage et des mains du patient intubé ventilé et conscient, mais également son corps de manière générale car sa position peut en dire long sur ses requêtes.

Ensuite, la temporalité m'a été décrite comme un élément important car le patient est souvent désorienté du fait des sédations et de l'environnement qui l'entoure. Un des infirmiers dit souvent « revenir sur le jour où on est ». Cela permet de le resituer afin que les demandes soient appropriées.

Pour terminer cette partie, la compréhension doit se faire dans les deux sens. C'est à dire que dans un premier temps, « la communication doit être adaptée pour s'assurer que le patient comprenne bien les informations données afin de réussir à discuter et à répondre à ses questions » par la suite. Lorsque la méthode des questions fermées est utilisée, le soignant vérifie au préalable qu'un certain mouvement signifie le 'oui' tandis qu'un autre manifeste le 'non'.

### **1.3. L'incompréhension du soignant**

La troisième partie de mon guide d'entretien avait pour objectif de décrire les sentiments ressentis par les soignants en cas d'incompréhension totale du patient et de souligner les actions mises en oeuvre lorsque la conversation est impossible. J'ai pu différencier de nombreux sentiments négatifs mais un seul sentiment positif.

En effet, les infirmiers m'ont déclaré être très frustrés lors de ces moments d'obscurité pour les soignants, auxquels ils ont déjà dû faire face. Un des deux s'est d'ailleurs confié par rapport à ça puisqu'il avoue avoir du mal « à supporter de façon empathique » le fait d'être porteur d'une sonde d'intubation et d'être conscient. Le seul sentiment positif qui ressort est « le sentiment d'avoir fait tout ce que tu pouvais ».

En cas d'incompréhension totale, j'ai extrait deux temps différents : la phase immédiate où les infirmiers avouent devoir laisser tomber à certains moments mais également « l'après incompréhension ». Ils reviennent plus tard en essayant de prendre davantage de temps afin de réessayer de comprendre le patient.

### **1.4. Les impacts sur la relation soignant soigné**

Dans la dernière partie de l'échange, je souhaitais mettre en avant les répercussions de l'incompréhension du soignant sur la relation soignant soigné. Un des infirmiers m'a donné des répercussions négatives tandis que le deuxième pense qu'il n'y en a pas.

Tout d'abord, dans les répercussions négatives, j'ai pu distinguer deux catégories : les conséquences négatives pour le patient et le retentissement négatif pour le soignant. En effet, l'angoisse, l'agitation, le stress du patient peuvent entraîner de l'agressivité. Pour un des soignants, le premier risque est donc l'auto extubation qui met en péril l'état respiratoire de ce dernier. Le soignant peut alors perdre l'adhérence du patient aux soins, qui ne se passeront donc pas de manière sereine.

Ensuite, concernant les répercussions positives, un des infirmiers considère que la transparence et l'honnêteté contribuent à ce que le patient « se dise qu'il a essayé de faire le maximum » pour le comprendre. En effet, il ne s'arrête pas au premier obstacle pour tenter de comprendre la demande du patient.

Enfin, les mesures mises en place pour limiter les répercussions sont multiples. Elles participent notamment à l'apaisement du patient. D'après les soignants, il est important de prendre du temps pour le patient, lui laisser une marge de liberté et respecter son rythme au maximum pour « préserver des moments de repos et des moments de calme ». Si cela ne suffit pas, des mesures peuvent être prises en collaboration avec le médecin pour prescrire les contentions de mise en sécurité ou revoir les traitements médicamenteux en cas d'angoisse importante.

### **1.5. Les essentiels de la relation soignant soigné**

Pour conclure cette partie d'analyse, je me suis penchée sur les essentiels de la relation soignant soigné dans la prise en charge du patient intubé ventilé et conscient. D'après les infirmiers, le consentement et la bonne attitude soignante permettent de créer une relation privilégiée avec le patient.

Premièrement, l'attitude soignante consiste à prévenir le patient des soins réalisés en donnant des explications en étant le plus transparent possible, tout en portant attention à leurs besoins. Le but est d'aller à l'essentiel. Ensuite, selon les infirmiers, il est possible de « ramener de la bonne humeur » et de divertir le patient par des blagues ou en l'amenant vers ses photos etc. Plusieurs possibilités sont envisageables.

Lors des soins, il est nécessaire d'obtenir son consentement mais si ce n'est parfois pas une chose facile. Cela permet de le rendre acteur de ses soins.

Une relation privilégiée avec le patient est alors envisageable. Selon un des soignants, il faut « essayer au maximum d'accéder à leurs demandes », et ce, le plus rapidement possible. Il est également nécessaire de prendre plus de temps que pour les autres patients afin de devancer leurs demandes pour mieux les comprendre.

## **2. Analyse interprétative**

Afin de théoriser mes données, je vais mettre en lien mon cadre théorique avec l'analyse descriptive de mes entretiens semi-directifs. Mon cadre théorique est basé sur trois notions : le patient en service de réanimation, la communication et la relation soignant soigné. J'ai réalisé mon guide d'entretien en m'appuyant sur la chronologie de mon cadre théorique. En effet, la première partie était centrée sur les moyens de communication utilisés par le soignant avec le patient intubé ventilé et conscient, la seconde sur la communication non verbale, la troisième sur l'incompréhension du soignant, la dernière concernait la relation soignant soigné.

### **2.1. Les barrières à la communication**

Pour commencer, je n'ai pas interrogé les soignants sur le profil du patient en réanimation. Cependant, dans leurs réponses sur les difficultés rencontrées, les soignants m'ont décrit le service de réanimation comme un milieu hostile, invasif avec des bruits, des lumières et des surveillances horaires qui peuvent avoir des conséquences négatives sur le patient. Cela traduit donc bien le propos théorique de Philippe Labro qui décrit la réanimation comme un service spécifique adoptant une ambiance et des modes de fonctionnement différents des services traditionnels.

Les infirmiers m'ont également parlé de barrières techniques à la communication telles que la sonde d'intubation et les contentions. Dans son témoignage, Philippe Labro prend également en compte les divers outils de surveillance continue et les perfusions comme entraves à cette communication verbale et non verbale. Les infirmiers ont ajouté aux difficultés techniques, l'altération des capacités cognitives dont la désorientation temporelle. C'est notamment Philippe Labro qui stipule que la notion de temps est absente. Rachel Bellon appuie ce propos par la perte des repères spatiaux liés à la levée des sédations.

Un des infirmiers m'a dit que le port de masque par le soignant peut être un frein à la communication. Or, les barrières côté soignant n'ont pas été explorées dans mon cadre théorique.

Dans mon guide d'entretien, je n'avais pas de questions concernant les émotions ressenties par les patients car j'estime que seuls, eux, peuvent en témoigner. C'est d'ailleurs le cas de Philippe Labro qui s'exprime sur l'anxiété, la peur et la douleur qui l'habitent tout au long de son séjour en réanimation ainsi que sur le besoin de présence de la part des soignants.

## 2.2. Les stratégies de communication employées par les soignants

Ensuite, concernant les stratégies de communication adoptées par les soignants, j'ai pu relater différentes méthodes telles que l'utilisation d'outils, l'adaptation de la méthode de communication et le non verbal. En effet, comme le définit Véronique Gaudeul dans le cadre théorique, la communication est l'alliance de la parole et du paralangage. Dans les interviews, les techniques qui ressortent sont l'utilisation d'outils (abécédaire, vignettes, ardoise) et les questions fermées posées sous forme d'entonnoir afin d'en arriver à la demande précise. C'est exactement ce que Delphine Glémée, Christelle Gigandet et Sarra Zouad ont soutenu. Elles classent d'ailleurs ces moyens de communication par ordre d'utilisation et précisent que les outils nécessitent de connaître la personne soignée pour permettre une adaptation plus fine des différentes méthodes. En revanche, un des infirmiers m'a fait connaître plusieurs outils informatiques, dont l'eye-tracking, une caméra à reconnaissance visuelle.

Si on se centre davantage sur la communication non verbale, les soignants m'ont expliqué qu'ils observent beaucoup le regard, les mains et les gestes des patients. Mais pour eux, cela n'est pas la seule chose faisant partie du paralangage. Effectivement, le soignant doit d'abord prendre contact par une posture adaptée ou bien par un toucher. Selon eux, l'utilisation du corps est aussi importante, notamment pour un des infirmiers formé à l'hypnose. D'après les auteures citées dans le cadre théorique, le toucher relationnel est plutôt utilisé comme « vecteur de bien être ». Les infirmiers ne m'ont pas parlé des différentes attentions qui permettent au patient de s'apaiser et d'être rassuré. Delphine Glémée, Christelle Gigandet et Sarra Zouad appuyaient d'ailleurs sur la nécessité de solliciter des sens non utilisés durant l'hospitalisation, comme l'ouïe ou l'odorat.

Afin d'avoir une idée plus précise du terrain, j'ai demandé aux infirmiers l'importance qu'ils accordent à cette communication non verbale. Ils m'expliquent donc qu'ils considèrent cela comme très important car elle selon eux, « elle fait partie intégrante de la communication » et qu'ils essaient d'y être vigilants. C'est en effet ce qui ressort dans la définition de la communication non verbale donnée par le Larousse qui dit que le para langage peut « accompagner et renforcer la parole ».

Côtoyant ou ayant côtoyé des patients intubés et ventilés régulièrement, j'ai choisi d'interroger les professionnels par rapport aux informations comprises plus ou moins facilement. En effet, je n'ai pas trouvé de lectures correspondant à cette question. Comme vu précédemment, les informations liées aux soins ou bien au confort du patient sont décrites comme aisées à comprendre pour les soignants. Ce n'est en revanche pas le cas des demandes concernant les raisons de l'hospitalisation, l'état de santé ou les demandes particulières qui sont souvent importantes pour les patients.

Pour compléter ces propos, j'ai demandé aux infirmiers sur quoi ils portent leur attention car je n'ai pas non plus de propos d'auteurs sur lesquels m'appuyer. J'ai décrit dans la partie précédente les réponses obtenues. Pour résumer, cela passe par la temporalité afin de resituer le patient dans un contexte temporo-spatial. Il s'agit également d'observer ses expressions du corps et de se mettre

d'accord avec le patient sur le geste qui exprime le « oui » et le geste qui traduit le « non » avant que le soignant procède aux questions fermées.

Communiquer avec un patient sous respirateur est spécifique. Selon Delphine Glémée, Christelle Gigandet et Sarra Zouad, cela demande une approche complexe et un engagement de la part du soignant. Mais parfois, malgré leur bonne volonté, les soignants ne sont pas en mesure de comprendre les demandes. Les deux infirmiers interviewés m'ont avoué être parfois dans cette impasse. Ils restent cependant transparents vis à vis du patient et expriment leur impossibilité à comprendre, puis ils diffèrent la requête en revenant plus tard avec davantage de temps pour accéder à la demande de la personne soignée. Les sentiments qu'ils ressentent dans ce genre de situation sont similaires, c'est à dire qu'ils expriment tous les deux ressentir de la frustration malgré « avoir fait tout ce qu'ils pouvaient ».

### **2.3. La relation soignant soigné**

A présent, les éléments de réponses apportés précédemment me permettent de me centrer sur la relation soignant soigné. Selon Monique Formarier et Christine le Bihan, il existe 4 types de relations définies dans le cadre théorique : la relation de civilité, la relation fonctionnelle, la relation de compréhension et la relation d'aide thérapeutique. J'ai demandé aux soignants les répercussions que leur incompréhension pouvait avoir sur ces différentes relations de soins et ce qu'ils mettent en place pour limiter ces répercussions. Un des infirmiers m'a donné des impacts négatifs tels que l'angoisse, la colère, l'agitation, le stress et l'agressivité pour le patient avec un risque principal d'auto extubation. Cela traduit les propos de Philippe Labro qui explique que l'absence de communication chez le patient peut être perçue comme une privation de liberté d'expression. Il rejoint également les soignants sur le risque principal puisqu'il dit que les mains sont généralement contentionnées pour écarter le risque d'auto extubation ou d'arrachage des perfusions. Cependant, le deuxième infirmier interrogé pense qu'il n'y a que des répercussions positives. En effet, selon Michèle Grosclaude, « l'interprétation, la confusion et la non compréhension des explications données sont inévitables chez le patient éveillé ». C'est pour cela que dans ce genre de situation, l'infirmier se dit qu'il a essayé de faire le maximum. Il est alors le plus honnête possible et fait preuve de transparence vis à vis du patient.

Afin de limiter les répercussions, les infirmiers m'expliquent, comme décrit dans l'analyse descriptive, qu'ils mettent en place des moments de repos pour permettre au patient de s'apaiser. Puis, ils prennent des mesures en collaboration pour la mise en sécurité du patient et la prévention des angoisses. En effet, cela complète le propos de Michèle Grosclaude qui dit que le patient doit être considéré comme un être humain et non un objet cible de soins.

## **2.4. La relation privilégiée**

Pour conclure, j'ai interrogé les soignants à propos des essentiels dans la prise en charge du patient intubé, ventilé et conscient. Tout d'abord, ils jugent nécessaire d'obtenir le consentement du patient pour ainsi pouvoir le faire participer aux soins. Puis, la bonne attitude soignante doit être de mise : il est nécessaire de prévenir les soins, de les expliquer et d'être transparent. C'est d'ailleurs ce que veut dire Marie Odile Rioufol dans la dernière partie de mon cadre théorique quand elle parle d'avoir une attitude compréhensive et chaleureuse. Elle complète également en expliquant qu'il est nécessaire de donner des informations claires et concises au patient et en faisant preuve de patience.

D'après Emmanuelle Brisseau et Béatrice Niéda, « le relation entre l'infirmière et le patient est unique et spécifique du fait des soins vitaux apportés ». Julien Novosad rapporte également que la relation qui s'installe entre le patient et le soignant est une relation de confiance basée sur l'écoute active et sur le fait que l'infirmier met tout en oeuvre pour le comprendre, répondre à ses attentes ou apaiser ses angoisses. La théorie s'applique donc bien en pratique puisque les infirmiers m'ont parlé d'une relation privilégiée où ils essaient d'accéder le plus rapidement aux demandes du patient.

## Chapitre 4 : La discussion

Tout au long de mon travail de recherche, j'ai tenté de trouver des réponses à ma question de départ qui est « En réanimation, en quoi l'absence de communication verbale avec un patient intubé ventilé impacte-t-elle la relation soignant soigné ? ». J'ai donc choisi trois axes de discussion à partir desquels je formule des hypothèses de réponses.

### 1. L'adaptation de la communication se fait avec une grande part de paralangage

Le premier axe de discussion porte sur l'adaptation de la communication. En effet, j'ai pu me rendre compte qu'il n'y a pas d'absence totale de communication. Mais si le soignant bénéficie, lui, de tous ses moyens pour communiquer, ce n'est pas le cas du patient. Etant intubé et ventilé, le patient ne peut pas user de la parole.

Cependant, comme vu dans la partie théorique, la communication fait partie intégrante de la relation entre deux personnes. Pour pouvoir créer une relation soignant soigné avec le patient, il est donc nécessaire d'adapter cette communication, en portant une grande importance au paralangage.

Tout d'abord, je pense qu'il faut donner une importance particulière aux gestes du patient. Cela peut nous permettre de comprendre des informations essentielles sur les demandes du patient ou bien sur son confort. Par exemple, si un patient qui a un faciès douloureux, qui bouge les épaules, ça peut signifier qu'il est mal installé dans son lit et que cela engendre de la douleur. Le regard est également un élément essentiel, notamment dans la compréhension des émotions ressenties par le patient. Il est aisé de comprendre que la personne soignée est triste ou angoissée lorsqu'elle pleure, ou bien énervée lorsqu'elle fronce les sourcils et adopte un regard noir.

Ensuite, si les outils de communication sont mis à disposition dans les services c'est qu'ils sont utiles à la compréhension. Comme vu dans l'annexe V, l'abécédaire permet au patient de pointer les lettres pour former un mot ou de pointer une vignette en proposant déjà un courant. A mon avis, l'ardoise n'est pas le plus facile à utiliser. Les patients sont en position allongée dans leur lit, ils ne voient pas correctement l'ardoise. De plus, avec l'effet des sédations ou la longueur du séjour en réanimation, ils perdent du tonus musculaire, ce qui ne leur permet pas d'écrire lisiblement. Pour illustrer ce propos, je souhaiterais parler d'une expérience vécue en stage avec une dame sourde et muette. Cette patiente avait une demande particulière concernant sa fille. Afin de se faire comprendre, elle a écrit sur l'ardoise plusieurs mots. Avec l'aide soignante et l'infirmier, nous avons eu beaucoup de difficultés pour comprendre sa demande, et nous avons mis du temps. Cela a procuré de l'énervement que nous avons pu observer par sa gestuelle. Par la suite, nous lui avons proposé des papiers avec différents besoins qu'elle a plus facilement utilisés.

Comme dit par un des soignants, le patient peut s'énerver, devenir anxieux lorsque nous ne comprenons pas leurs demandes. Je pense que les différentes méthodes de médiation thérapeutique

telles que le toucher relationnel, l'hypnose, le développement des sens, peuvent permettre au patient de s'apaiser pour être dans de meilleures conditions pour tenter de mieux communiquer par la suite. Cela permet également de montrer notre attention envers le patient et ses habitudes de vie. Par exemple, il est possible d'utiliser les produits qu'utilise normalement le patient dans son quotidien afin qu'il retrouve son odeur corporelle.

De plus, je suppose que le patient a tellement de mal à s'exprimer et à se faire comprendre, qu'il émet des demandes qui sont réfléchies. Lors des échanges, le soignant doit donc donner les informations avec un vocabulaire adapté à la compréhension du patient, sans utiliser de termes trop techniques. Ses explications doivent être claires, concises et précises. En effet, le patient ne pourra pas poser de questions s'il n'a pas saisi les propos de l'infirmier. C'est pour cela que ce dernier doit être attentif au non verbal du patient, car il peut s'assurer qu'il a compris en observant son faciès ou bien en le faisant acquiescer par un signe distinctif tel qu'un clignement des yeux.

Pour résumer, le paralangage permet de traduire les émotions du patient, de faciliter la compréhension des demandes et des besoins. Les méthodes de médiation thérapeutiques permettent aussi de l'apaiser. Donc, en l'absence de communication verbale de la part du patient, le paralangage prend toute son importance.

## **2. Si cela induit des répercussions négatives, elles concernent plutôt le patient**

Comme l'ont dit les professionnels de santé, il peut y avoir des répercussions négatives sur la relation soignant soigné. Le deuxième axe de discussion porte donc sur le fait que les répercussions négatives induites par le manque de communication concernent le patient. Je suis d'accord avec eux quand ils disent que les émotions du patient peuvent se décupler lorsqu'il n'arrive pas à se faire comprendre. Elles peuvent également s'amplifier si le soignant apporte des informations sur lesquelles il ne peut pas rebondir par des questions. Je pense que ces répercussions négatives ont un risque pour le patient mais pas pour le soignant. En effet, si la personne soignée devient anxieuse, stressée, elle peut d'agiter et peut éventuellement s'auto extuber malgré le filet mis en place pour maintenir la sonde d'intubation. Dans ce cas, le risque est pour le patient puisque c'est sa fonction respiratoire qui sera altérée et qui va nécessiter qu'il soit re-sédaté pour être ensuite réintubé. De plus, lorsque le patient est énervé ou bien anxieux, je pense qu'il est difficile de le faire adhérer aux soins. Je conseillerai d'abord de tenter des techniques d'apaisement afin qu'il vive le soin dans de meilleures conditions.

Il existe aussi une autre conséquence de la sonde d'intubation citée par un des soignants. Comme on me l'a expliqué en stage, la sonde est placée entre les cordes vocales. Si le patient essaie de parler, ses cordes vocales vibrent donc contre le tube, ce qui les abîme. Cette conséquence concerne également le patient puisque c'est lui qui sera aphone lors de l'extubation.

Mais même dans le cas où cela induit des répercussions négatives, je me demande s'il y aurait pour autant une altération de la relation de soins. C'est ce que je développe dans mon troisième axe de discussion.

### **3. Même quand la communication n'est pas possible, la relation perdue**

Le troisième axe de discussion consiste à expliquer comment la relation soignant soigné peut être maintenue malgré des désagréments liés à la communication. Comme vu précédemment, l'incompréhension de la part du soignant peut se traduire par des répercussions négatives sur le patient. Je pense qu'il peut également y avoir des impacts positifs, permettant de faire perdurer la relation de soins. En effet, même si on arrive pas à saisir la demande du patient, ce qui compte c'est d'essayer de le comprendre. Je suis tout à fait d'accord avec ce qu'ont dit les soignants par rapport au fait qu'il soit nécessaire de prendre le temps d'y arriver. En tant que soignant, il est parfois difficile d'accorder beaucoup de temps à un seul des patients pris en charge, cela demande de l'organisation. Cependant, une fois que l'infirmier peut accorder sa disponibilité au patient intubé, le patient est plus à même de communiquer car il se rend compte que le soignant est impliqué dans sa prise en soins. Il en est de même lorsque l'incompréhension perdure malgré l'utilisation des outils et toutes les autres méthodes de communication telles que les questions fermées. En effet, le patient se rend bien compte que le soignant met tout en oeuvre pour saisir sa demande : qu'il tente plusieurs méthodes, qu'il fait preuve de transparence vis à vis de lui... Donc je pense que ce qui compte réellement est de montrer son intérêt pour le patient puisqu'il est fondamental de tout essayer pour fonder la relation soignant soigné ou la faire perdurer.

Afin de montrer que l'on prête importance à la personne soignée, il est nécessaire d'inclure nos propres valeurs soignantes. Pour ma part, ce serait l'authenticité, le respect de la personne soignée et de sa dignité qui seraient de mise. En effet, lorsque je prends en charge un patient intubé ventilé, je souhaite lui montrer que je le considère comme un être humain et non un objet cible de soins techniques. Je pense également que ces valeurs permettent de prouver les compétences professionnelles auprès du patient afin qu'il puisse s'instaurer une relation de confiance. L'importance que l'on donne à la personne soignée passe également par l'attitude soignante. En effet, je suppose que le fait d'être avenant, souriant, disponible contribue à l'instauration de la relation soignant soigné puisque cela prouve que le soignant se préoccupe du bien-être de son patient.

Cependant, lors de la prise en charge d'un patient intubé ventilé et conscient, la relation est perturbée. C'est à dire qu'elle ne passe pas forcément par toutes les étapes, à savoir la relation de civilité, puis la relation fonctionnelle, avant de poursuivre sur la relation de compréhension et de terminer avec la relation d'aide thérapeutique.

Je suis d'accord pour dire que le soignant passe tout de même par la relation de civilité lorsque qu'il entre pour la première fois dans la chambre car il fait preuve de politesse et de courtoisie en énonçant une formule de politesse et en se présentant.

En revanche, la relation fonctionnelle qui est censée la suivre se fait plutôt auprès de la famille du patient car il s'agit normalement de recueillir des informations à propos de ses habitudes de vie. C'est seulement après un recueil de données avec la famille qu'il est possible de poser des questions fermées afin d'étayer ces données et pouvoir ensuite limiter la perte des repères liée au contexte d'hospitalisation.

Quant à la relation de compréhension, appelée également relation de soutien, je pense qu'elle peut perdurer mais sous une autre forme. En temps normal, elle passe par une écoute active de la personne soignée qui permet de rebondir sur les propos du patient. Dans le cas du patient intubé ventilé et conscient, et donc en l'absence de communication verbale de sa part, c'est l'attitude empathique du soignant qui est l'élément clé de cette relation.

C'est également le cas de la relation d'aide thérapeutique, présente dans tous les types de relations soignant soigné. Avec un patient lambda, elle se présente sous forme d'entretiens formels ou informels, permettant d'accompagner cette personne dans le vécu de sa maladie de manière ponctuelle ou prolongée. Malgré le fait que les entretiens d'aide ne soient pas possibles avec le patient intubé ventilé, je pense qu'il est possible de maintenir la relation d'aide puisque lors de l'utilisation de médiations thérapeutiques, de méthodes de réassurance, le patient se sent apaisé et peut vivre plus sereinement les événements. La différence est que le patient ne peut pas s'exprimer à propos de ses ressentis et de ses besoins donc c'est au soignant de deviner quand le patient a besoin d'être accompagnée.

Je dirais donc que la relation soignant soigné perdure, elle est seulement modifiée par la situation. Mais comme l'a dit un des soignant pendant son entretien, la relation doit être privilégiée et c'est l'unicité de la situation qui la rend d'autant plus particulière.

Outre le fait que cette relation soignant soignée soit modifiée, l'expérience du soignant joue un rôle important dans la compréhension du patient. En effet, l'infirmier de réanimation se nourrit de l'observation et de toutes ses expériences vécues pour mieux s'adapter à chaque situation. Certaines choses, parfois difficiles reviennent régulièrement et l'expérience permet d'apprendre à les gérer au mieux. L'expérience permet également de gérer ses émotions, de savoir se dire que malgré l'incompréhension, la frustration ne doit pas être présente puisque toutes les méthodes de communication ont été tentées et que malgré toute la volonté mise en oeuvre, il arrive de ne pas réussir à comprendre la demande du patient.

Pour conclure cette partie de discussion, il me semble essentiel d'adapter les méthodes de communication afin de faire perdurer la relation soignant soigné avec le patient intubé ventilé et conscient. Chaque prise en soins est unique et nécessite que le soignant se nourrisse de son expérience et de son observation pour mieux appréhender chaque situation. La discussion m'a permis de comprendre que la communication n'est pas totalement absente car, même si la partie verbale est unilatérale, le para langage a toute son importance en service de réanimation. Mon projet professionnel est d'exercer en service de réanimation. Mon expérience acquise en stage sur ce sujet me permettra de prêter vraiment plus d'attention au patient, à son vécu de la situation et à ses besoins. En effet, pour moi, le prendre soin d'un patient intubé ventilé et conscient commence par être vigilant à ses besoins et à son confort, tout en le prévenant de tout acte de soin pratiqué en le lui expliquant avec des mots adaptés à sa compréhension. Le principal est de s'organiser pour trouver le temps de créer une relation unique avec ce patient désorienté, inquiet et qui ne bénéficie pas de ses pleines capacités cognitives, verbales et motrices. Le fait d'avoir compris que le relation de soins n'est pas rompue en cas d'incompréhension me réconforte. Car lors d'une situation en stage, j'avais mis beaucoup de temps à comprendre la demande du patient que je prenais en soins. Mon sentiment de frustration était légitime mais je me nourris de cette expérience vécue, des propos des auteurs cités dans mon mémoire, et des soignants que j'ai interrogé pour m'axer sur différentes méthodes, qui me permettront d'être plus efficace lorsque je rencontrerai de nouveau une situation similaire.

Après réflexion, je souhaite préciser ma question de départ. En effet, toutes les informations recueillies dans mon travail de fin d'études me permettent de dire que la communication verbale n'est pas absente et que les impacts négatifs comme positifs ne rompent pas la relation soignant soigné. Ma question définitive de recherche est donc : « **En réanimation, en quoi l'adaptation de la communication avec le patient intubé ventilé et conscient, modifie-t-elle la relation soignant soigné ?** »

## Conclusion

Ce mémoire m'a permis d'obtenir des éléments de réponse à des questions que je me suis posées durant un de mes stages. Je suis partie d'une situation vécue en stage que je souhaitais approfondir. A travers les propos des auteurs, j'ai pu explorer les concepts du patient en réanimation, de la communication et de la relation soignant soigné. Puis, j'ai interrogé des infirmiers que j'ai connu par le biais de mes stages de troisième année, ce qui m'a permis de concrétiser les notions théoriques avec une vision de terrain.

Mon projet professionnel se dessine vers la réanimation. Malgré le fait que ce soit un milieu de soins invasif et hautement technique, je trouve essentiel de mettre en avant la relation soignant soigné. En effet, ces services sont souvent source d'anxiété pour les patients. Grâce à ce travail, j'ai pu approfondir les besoins des patients en service de réanimation et comprendre à quel point la relation soignant soigné est importante pour eux. Mais elle est également essentielle pour le soignant qui tente de répondre aux besoins de la personne soignée et de lui apporter le confort dont il a besoin. Cependant, le soignant peut émettre des difficultés à comprendre le patient. Cela nécessite alors de trouver des moyens pour accéder aux demandes des personnes soignées.

La seule difficulté que j'ai eue pour la réalisation de ce travail est la prise de contact pour les entretiens. En effet, la première infirmière que j'avais sollicitée et qui m'avait donné son accord ne m'a finalement pas répondu lorsque j'ai voulu fixer la date de l'entretien. Le deuxième infirmier n'a pas pu se rendre disponible avant le début du confinement. Au vu des mesures exceptionnelles prises par le gouvernement, nous avons réalisé l'entretien en vidéo via l'application WhatsApp. J'ai cependant eu la chance de rencontrer un autre infirmier durant mon stage en libéral, qui avait un profil complémentaire à celui de l'autre soignant interrogé, et qui a accepté que je lui pose mes questions.

Le fait d'avoir des retours d'expérience par des infirmiers expérimentés dans le domaine de la réanimation a enrichi mes connaissances.

Ce travail de recherche m'a apporté des connaissances que je pourrais appliquer dans mon futur lieu d'exercice. Si je travaille en service de réanimation, je souhaite garder à l'esprit qu'il faut trouver le temps de mettre le patient en confiance et de prévenir les soins. Je retiens la phrase d'un des infirmiers interrogés qui m'a dit « il faut vraiment que la relation soit privilégiée ».

## Bibliographie

### Ouvrages

Labro, P. (1996). *La traversée* (ISBN 2-07-040407-2). France : éditions Gallimard.

### Articles de périodiques

Bellon, R., Brisseau, E., Niéda, B. et Huys, H. (2008). La relation au coeur des soins en réanimation. *La revue de l'infirmière*, n°142, pages 20 à 26.

Formarier, M. (2007). La relation de soins, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, n°89, pages 33 à 42. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm?contenu=article>

Gigandet, C., Glemée, D. et Zouad, S. (2019). Etablir une relation avec un patient sous ventilation mécanique. *L'aide soignante*, n°205, pages 16 à 19.

Godet, M. (2011). L'intubation orotrachéale. *La revue de l'infirmière*, n°171, pages 45 à 46.

Grosclaude, M. (2013). Le langage en réanimation, les implications pour le patient et le soignant. *Soins*, n°773, pages 38 à 40.

Novosad, J. (2016). Les soins relationnels au coeur des pratiques en réanimation. *La revue de l'infirmière*, n°219, page 34.

Rioufol, M. (2013). Dépasser les difficultés de la communication avec un patient. *Soins aides soignantes*, n°53, pages 22 à 23.

### Thèses, mémoires

Babel, C. et Zampieri, E. (2015). *Communiquer avec les patients intubés : un défi pour les soignants aux soins intensifs* (Travail de Bachelor). Lausanne.

### Entrées de dictionnaires

Paralangage. (s.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/paralangage/57917>

### Cours

Le Bihan, C. (2018). La relation d'aide [Cours].

Le Bihan, C. (2018). Théories sur la communication [Cours].

## **Annexes**

Annexe I : La situation d'appel en version longue .....	
Annexe II : Echelle RASS .....	
Annexe III : Schéma anatomique du larynx .....	
Annexe IV : Schéma montrant la position de la sonde d'intubation .....	
Annexe V : Outil de communication contenant un abécédaire et des vignettes .....	
Annexe VI : Retranscription entretien numéro 1 .....	
Annexe VII : Retranscription entretien numéro 2 .....	
Annexe VIII : Tableaux d'analyse des entretiens .....	

## **Annexe I : La situation d'appel en version longue**

Nous sommes le Mardi 29 Octobre 2019 en service de réanimation cardiaque. Je m'occupe avec l'infirmier d'un jeune patient de 21 ans, Mr G. Il est entré dans le service pour endocardite et oedème aigüe du poumon sur porte d'entrée infectieuse, probablement dentaire.

Mr G s'est d'abord présenté aux urgences de Lannion, où il a été hospitalisé pour problème respiratoire. Il a ensuite été transféré en service de réanimation à Saint Briec pour désaturation et a du être intubé. Quelques jours plus tard, Mr G est transféré à Rennes pour la prise en charge de son problème cardiaque.

La fraction d'éjection de son ventricule gauche est de 20%, ce qui est très bas et signifie que son coeur ne remplit pas correctement sa fonction de contractilité. A son arrivée, il subit alors une première chirurgie pour pose d'ECMO<sup>1</sup> artério-veineuse, un type d'assistance cardiaque permettant de soulager le coeur par un circuit externe. Elle est composée d'une membrane permettant d'oxygéner le sang sortant du corps, d'un réchauffeur et d'une turbine pour recréer le débit du coeur. Il a été repris de multiples fois pour complications hémorragiques, thrombo-emboliques... Puis Mr G a été réveillé une première fois dans le but de faire un bilan neurologique, suite auquel il fait un accident ischémique transitoire, confirmé par un scanner.

La famille de Mr G est vue par les médecins et la cadre de santé afin de discuter de la suite de la prise en charge. En l'absence de greffon, ils envisagent la pose d'un Syncardia, qui est un type d'assistance cardiaque transitoire à la greffe. En effet, la récupération du coeur n'est plus possible car le chirurgien doit disséquer les deux ventricules. Ces ventricules sont ensuite remplacés par des pompes artificielles reliés à une machine permettant de régler les débits et les volumes de remplissage du coeur artificiel. A l'issue de l'entretien, les chirurgiens décident de poser l'assistance cardiaque, associée dans un premier temps à une ECMO veino-veineuse pour continuer à oxygéner le sang correctement.

Mr G est aujourd'hui à J21 de la pose de son assistance cardiaque. Jeudi dernier, le 24 Octobre, les curares ont été arrêtés en fin de nuit et sont repris temporairement uniquement en cas de soins ou d'exams invasifs et douloureux. La sédation a également été diminuée pour des objectifs d'évaluation de -2 à 0 sur l'échelle RASS<sup>2</sup> utilisée dans le service, avec des bolus avant les soins si besoin.

La communication verbale est entravée par la sonde d'intubation oro-trachéale. L'état de conscience du patient, la diminution de son tonus musculaire, et les autres appareillages ne permettent pas non plus une communication non verbale aisée. L'environnement inconnu dans lequel est hospitalisé Mr G lui procure de l'angoisse. Nous avons observé à plusieurs reprises qu'il est beaucoup plus calme lorsque nous sommes dans la chambre et que nous lui portons attention. Plusieurs fois, le toucher a été un biais rassurant pour lui. En effet, j'ai pu remarquer que placer ma main sur la sienne, lui fermer les yeux lui permettait de se reposer et de respirer plus calmement avec sa sonde d'intubation.

Pour ce qui est du champ verbal, nous informons Mr G de nos faits et gestes. La communication verbale ne va que dans un sens car Mr G ne peut pas s'exprimer oralement. Pendant un soin avec un médecin, Mr G était douloureux, cela s'est traduit par un faciès douloureux. Il m'a également attrapé la main et l'a serrée pour me le faire comprendre. Lorsqu'il a besoin de quelque chose, il sait lever la main ou le bras pour nous appeler.

Ce soir, Mr G a une demande. L'infirmier s'approche de lui mais n'arrive pas à comprendre. Comme c'est l'heure de réaliser la surveillance, il s'éloigne pour relever les paramètres. Pendant que l'infirmier écrit sur la pancarte, une seringue électrique sonne alors je la change. Alors que j'ai le dos tourné à Mr G en train de changer la seringue, il me tape dans le dos. Il me fait des signes avec ses mains mais je ne comprends pas. Alors j'essaie d'utiliser plusieurs outils que j'ai à ma disposition. Nous bénéficions de plusieurs outils : une ardoise et une planche avec des dessins et des mots. Plusieurs fois, nous avons proposé à Mr G d'écrire ses souhaits sur l'ardoise mais cela n'a pas été concluant car ce jeune patient a perdu du tonus musculaire et n'est plus en capacité d'écrire lisiblement. Je lis avec lui la planche de vignettes mais il me répond « non » par des petits mouvements de tête à chaque proposition.

Je n'arrive pas à comprendre donc j'opte pour les questions fermées afin qu'il puisse me répondre par « oui » ou « non ». Je lui propose des choses qui ne sont pas écrites sur la pancarte comme éteindre la lumière, lui donner son téléphone... Mais Mr G s'énerve, il fronce les sourcils, se crispe, s'agite... Il a un regard insistant, bouge la tête vers l'arrière et mobilise ses épaules vers le haut. Je finis par comprendre grâce à ses gestes, que son oreiller est mal positionné. Nous le réinstallons donc avec l'infirmier. Lorsque nous lui demandons s'il a besoin d'autre chose, Mr G nous répond que non par un léger mouvement de tête.

Je me suis sentie frustrée face à cette incompréhension de ma part, car j'ai eu l'impression de ne pas remplir mon rôle qui est de répondre aux besoins des patients et d'améliorer leur confort et leur bien-être. Cette difficulté à comprendre ce dont avait besoin Mr G m'a fait me questionner sur la dimension soignant soigné lorsque la communication est entravée.

<sup>1</sup> ECMO = *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*

<sup>2</sup> RASS = *Richmond Agitation Sedation Scale*

## Annexe II : Echelle RASS

# Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

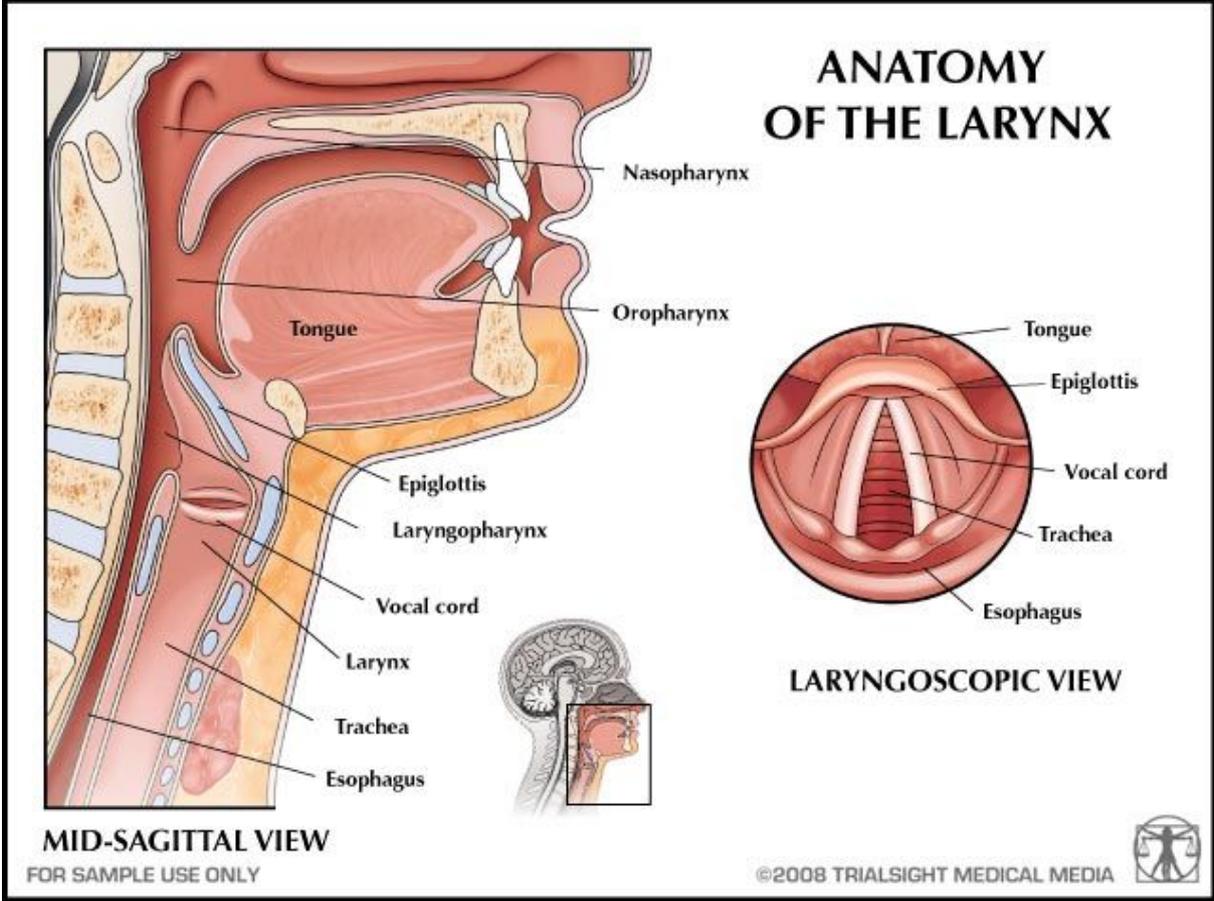
Le **Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)** est une cotation symétrique, avec des valeurs positives pour l'agitation, et des valeurs négatives pour le niveau de conscience autour d'un point 0 correspondant à un patient calme et éveillé, qui rend cette échelle beaucoup plus précise dans l'évaluation du malade.

Son utilisation clinique nécessite un temps de réalisation chez des équipes entraînées de 20 secondes avec une excellente reproductibilité interobservateur.

+4	Combatif	Combatif, danger immédiat envers l'équipe.
+3	Très agité	Tire, arrache tuyaux ou cathéters et/ou agressif envers l'équipe.
+2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
+1	Ne tiens pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressif.
0	Éveillé et calme	
-1	Somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10s).
-2	Diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10s).
-3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex. : ouverture des yeux), mais pas de contact visuel.
-4	Diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum).
-5	Non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum).

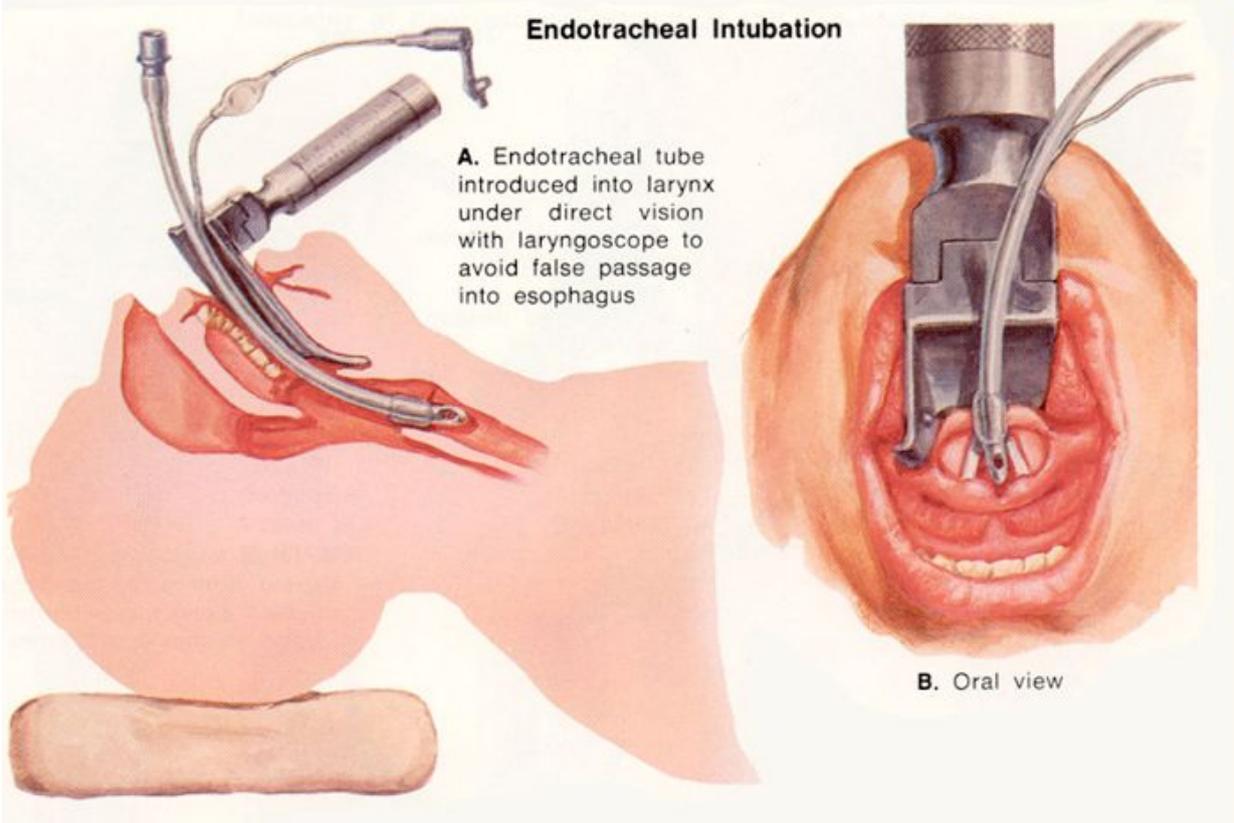
Source : <https://www.srlf.org/richmond-agitation-sedation-scale-rass/>

Annexe III : Schéma anatomique du Larynx



Source : <https://orl.nc/pathologies-du-cou/pathologie-des-cordes-vocales/>

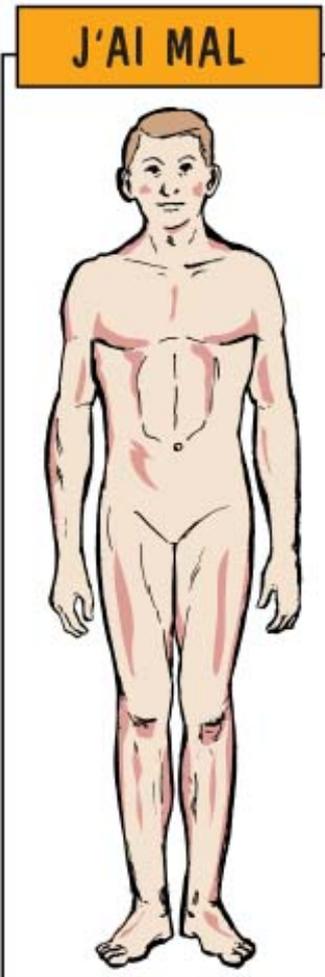
**Annexe IV : Schéma montrant la position de la sonde d'intubation**



Source : <https://slideplayer.fr/slide/1314294/>

Annexe V : Outil de communication contenant un abécédaire et des vignettes

A B C D E F G H I J  
K L M N O P Q R S  
T U V W X Y Z . 0  
1 2 3 4 5 6 7 8 9



# JE VOUDRAIS



Source : Outil utilisé en service de Réanimation de chirurgie cardiaque, thoracique et vasculaire au CHU de Rennes

## **Annexe VI : Retranscription entretien numéro 1**

ESI : Du coup pour que je te mette dans le contexte, je fais un mémoire dans le cadre de ma troisième année par rapport à mon stage en Réa cardio que j'ai réalisé au semestre 5. Comme tu le sais, ça me permettra d'avoir mon diplôme. Donc mon thème c'est la communication avec le patient intubé ventilé mais conscient et du coup l'impact que ça a sur la relation soignant soigné. J'ai vécu une situation que je ne vais pas te décrire pour ne pas t'influencer, mais en gros j'ai eu énormément de mal à comprendre le patient et j'ai eu l'impression que ça l'a énervé donc je me suis demandé ce que ça pouvait avoir comme répercussions sur la relation soignant soigné. Du coup pour commencer je vais te demander de te présenter synthétiquement et surtout de parler de ton expérience en réanimation.

IDE 1 : Ok.. Bah moi je suis S.C., j'ai 36 ans, je suis diplômé depuis 2006 donc j'ai travaillé principalement dans des services de réanimation chirurgicale, médicale, adulte et pédiatrique à Toulouse, Paris, Lyon et Rennes avant de rejoindre le cabinet libéral depuis 2 ans.

ESI : Du coup on va rentrer directement dans le vif du sujet... Toi, quand tu étais en réa, comment tu as communiqué avec des patients intubés ventilés conscients ?

IDE 1 : Alors c'est sûr qu'il y a plusieurs barrières pour la communication, que ce soit les masques... lui la sonde d'intubation... donc après bah les trois quarts du temps c'est des questions pour essayer de devancer ses demandes. Il y a beaucoup de choses qui passent par le regard, par les mains aussi quand on peut leur faire confiance et qu'ils sont pas contentés. Bon généralement quand il est conscient et cohérent, voilà en fonction des IDE il y en a qui vont tolérer de lever les contentions, donc on arrive un peu avec le non verbal, avec les gestes à se faire comprendre et puis si c'est pas suffisant les trois quarts du temps c'est l'abécédaire. Ça dépend des services où je suis passé mais dans quasiment tous les services y'avait ça, l'abécédaire avec juste des lettres d'un côté et les items un peu courants de l'autre. Et sinon la traditionnelle ardoise magique avec le petit feutre, ce qui est pas toujours évident parce qu'ils écrivent pas super bien, ils écrivent petit avec les sédatifs, ils ont du mal à écrire, plus les œdèmes et compagnie... donc l'abécédaire est souvent plus pratique.

ESI : Ok... Est ce que tu as rencontré des difficultés par rapport à ça dans ta carrière ?

IDE 1 : Oui forcément... Forcément à des moments. On comprend pas forcément toujours. Des fois il y a aussi des demandes où les gens sont conscients mais pas forcément cohérents, pas forcément conscients de la situation donc ils peuvent très mal tolérer le fait que tu ne comprennes pas ou que tu ne puisses pas satisfaire leurs demandes. C'est plus difficile aussi pour les cerner, pour cerner comment ils fonctionnent vu que tu n'as pas de communication verbale. Pour leur faire comprendre que tu ne peux pas accéder à leurs besoins c'est compliqué. Donc oui forcément j'ai été mis en difficulté à des moments et c'est très frustrant pour eux comme pour nous, ça peut générer de

l'angoisse pour lui, de l'agressivité et nous de la frustration quoi. Donc oui c'est sur que j'y ai été confronté.

ESI : Et en dehors des outils donc tu parlais, l'ardoise, l'abécédaire, est ce que tu as trouvé d'autres moyens de communiquer ?

IDE 1 : Ouais moi personnellement je passe beaucoup de choses par le regard, vraiment beaucoup beaucoup de choses par le regard. Après euh... c'est aussi beaucoup devancer leurs demandes quand on sait que les trois quarts du temps c'est de la soif, de la douleur, c'est de la recherche d'inconfort, c'est le pourquoi je suis là. Donc au bout d'un moment avec l'expérience on arrive aussi à devancer les principales questions que les gens vont se poser. Par exemple quand c'est un service comme de la réa chir, la plupart du temps c'est des questions liées au réveil : est ce que ça c'est bien passé ? Est ce que je vais bien ? Et après les douleurs sont systématiquement les mêmes parce que c'est la sternotomie, « j'ai du mal à respirer, j'ai mal au thorax etc »... Donc après c'est devancer leurs questions et après quand tu as brossé tout le tour des questions les plus fréquentes bah là tu t'orientes vers un questionnement plus fin et tu essayes de savoir ce qu'il veulent te dire, ce qu'il leur faut.

ESI : Tu accordes une importance particulière à la communication non verbale du coup ?

IDE 1 : Ouais bah c'est hyper important. En réa c'est hyper important. Ça fait partie intégrante de la communication. Après que ce soit le toucher, comme le regard, comme l'attitude vis à vis de lui c'est hyper important. La façon dont on arrive dans la chambre, dont on allume la lumière.

ESI : Et à ton avis est ce qu'il y a des infos plus faciles ou moins faciles à comprendre ? A déchiffrer ? Par exemple une grimace pour la douleur...

IDE 1 : Ouais bah alors c'est surtout quand c'est pas toujours cohérent ou des gens qui demandent ce qu'il s'est passé avant, pourquoi ils sont là, des choses comme ça. Quand c'est lié aux soins on y arrive assez facilement parce qu'on peut montrer, ou signifier sur le corps. Quand c'est des questions de l'ordre de « Est ce que c'est grave ? Quel pronostic ? », des choses comme ça, là ça peut être source de difficultés parce qu'en plus si la communication n'est pas adaptée il faut être sur qu'ils comprennent bien, qu'on puisse en discuter et répondre à ses questions. Il ne faut pas induire d'angoisse supplémentaire parce que c'est un défaut de communication donc ouais là ça peut être plus difficile. C'est plus par rapport à ça quoi... Des questions très ouvertes sur le diagnostic...

ESI : Ok... Ça se répète un peu mais c'est complémentaire comme question, quand toi tu rentres dans la chambre d'un patient intubé ventilé conscient sur quoi tu portes ton attention pour le comprendre ?

IDE 1 : Alors moi je vais vachement regarder son visage, et ses mains. Bien sur, en réa, le patient on regarde son corps de manière générale, sa position s'il est crispé pour dire de la douleur, de l'inconfort quelque chose comme ça. Mais si vraiment je suis dans une option de communication c'est sur que je vais regarder beaucoup son regard. Après les gens essayent pas mal de faire par la bouche quand même, comme si on pouvait lire sur les lèvres. Mais avec la sonde c'est pas très conseillé parce qu'ils essaient de faire vibrer les cordes vocales et en fait ils les font frotter sur la sonde d'intubation donc quand on les extube ils sont aphone donc c'est pas très bien. Il faut leur faire comprendre assez rapidement que justement il faut mettre en place d'autres moyens que de parler parce qu'aucun son ne sortira par là. Donc après oui c'est les mains et puis le corps en général. Après l'ardoise c'est quand même ce qu'il y a de plus pratique, assez vite les gens commencent la phrase puis on la complète, on passe à une autre idée et on discute comme ça. Quand les gens sont conscient et bien c'est assez vite l'ardoise quand même.

ESI : Tu as pas eu une situation où vraiment vraiment tu n'arrivais pas à le comprendre ?

IDE 1 : Si, ça m'est arrivé mais dans ce cas là bah au bout d'un moment tu laisses tomber quoi... Tu dis je suis désolé j'y arrive pas.

ESI : Et dans ces cas là tu ressens quoi comme sentiments ? Tu m'as parlé de la frustration.

IDE 1 : Ouais c'est ça c'est très frustrant, autant pour lui que pour toi. Mais si j'ai pu tout essayer... bah après souvent quand t'arrives pas à le comprendre c'est que la demande n'est pas cohérente. Parce que si tu peux y passer le temps qu'il faut, t'arrives toujours à trouver un autre moyen et à comprendre. Mais après oui quand vraiment t'arrives pas ou que tu peux pas le satisfaire bah c'est très frustrant et puis tu sais que lui va en souffrir mais bon il faut au moins avoir le sentiment d'avoir fait tout ce que tu pouvais.

ESI : Et à ton avis, ça peut avoir quoi comme conséquences notre incompréhension sur la relation soignant soigné ?

IDE 1 : Bah le premier truc c'est l'angoisse et la colère du patient, l'agitation. Un patient qui se sent incompris, ça va le stresser, il va avoir peur et il va devenir agressif. Moi je pense que le premier risque c'est l'auto extubation hein. Souvent la plupart des demandes en réa, devant la douleur c'est la soif parce que la douleur maintenant on y est très attentif mais le patient intubé il a soif quoi... C'est des gens qui vont être capables de se mettre dans des états pas possibles pour s'auto extuber pour pouvoir dire j'ai soif ou j'ai envie d'aller aux toilettes. Sur l'expérience que j'ai eu, c'est souvent les deux choses qui ressortaient le plus souvent devant la douleur. Un patient qui est douloureux tu le vois quoi, il est tachycarde, il grimace il a des gestuelles. Par contre, quelqu'un qui a soif, il essaye de te le faire comprendre. Mais si tu n'y arrives pas, c'est une souffrance énorme pour lui. Donc ouais

principalement l'agitation. Et puis après tu perds aussi le patient pour qu'il participe à ses soins quoi, en tous cas que ça se passe le mieux possible.

ESI : Et qu'est ce que tu mets en place pour limiter ces répercussions là ?

IDE 1 : Bah très clairement qu'est ce que je vais mettre en place ?... Le but c'est de trouver du temps, lui laisser une marge de liberté pour qu'on essaye de se comprendre mais après si je vois que le patient s'agite, qu'il s'énerve parce que je comprends pas, je vais essayer de le laisser au calme, je vais quand même m'assurer de le mettre en sécurité, barrières, contentions si c'est prescrit etc... Et oui sinon, si on voit qu'il y a vraiment de l'angoisse pour le patient c'est de revoir un peu les traitements médicamenteux avec le médecin. Et puis après si il a vraiment beaucoup besoin de parler c'est qu'il est peut être très stressé c'est quand même agressif la réa, c'est un milieu très invasif, très hostile pour eux... Puis préserver des moments de repos, des moments de calme et essayer de respecter son rythme au maximum, malgré les surveillances qui sont nécessaires amis de pas systématiquement allumer la lumière la nuit, des choses comme ça parce que les patients peuvent vite devenir fous hein. Le bruit, la lumière, les surveillances horaires. Je veux dire moi la nuit j'allume pas systématiquement la lumière si mon patient il est tranquille au repos si j'ai juste une tension à prendre et une diurèse à noter quoi. Je vais faire ça de manière la plus discrète possible et je pense qu'après on sera plus à même de communiquer sereinement si je l'ai pas fait chier pour rien toute la nuit. Puis on est tous pareil, quand on est fatigués, quand on arrive pas à se reposer on devient exécrable, la communication est plus dure. Ou alors y'a plus du tout de communication, le patient se laisse aller, s'enferme dans un mutisme et là c'est forcément inquiétant aussi.

ESI : Et donc en conclusion, lorsque tu prends soin du patient intubé ventilé conscient, qu'est ce qui te semble essentiel dans la relation soignant soigné ?

IDE 1 : Euh bah c'est d'avoir son aval parce que c'est difficile d'avoir son consentement pour les soins et de le faire participer aux soins, c'est essentiel. Le fait de pas pouvoir avoir une communication verbale, ne veut pas dire que le patient va se plier à tous nos actes. Je pense qu'il faut vraiment prévenir de tout ce qu'on va faire, de devancer toutes les demandes qu'il pourrait y avoir. Il pourra plus difficilement exprimer ses sentiments ou ses inquiétudes.

ESI : Ok.. As tu quelque chose à ajouter ?

IDE 1 : Non... Bah non...

ESI : Ok alors merci à toi d'avoir répondu à mes questions.

IDE 1 : Je t'en prie.

## **Annexe VII : Retranscription entretien numéro 2**

ESI : Je ne sais plus si je t'avais parlé de mon sujet en stage, je fais mon mémoire sur la communication avec le patient intubé ventilé mais conscient en réa. Je me suis appuyée sur la situation de Mr G que j'avais vécue avec toi où j'avais eu du mal à le comprendre et où je me suis demandé les impacts que ça pouvait avoir sur la relation soignant soigné. Du coup je vais te demander pour commencer de te présenter synthétiquement et de me parler de ton parcours professionnel et notamment ton parcours de réanimation.

IDE 2 : Ok... Donc A. S., je suis infirmier depuis Décembre 97. J'ai travaillé à Paris et sur Rennes. A Paris j'ai travaillé dans 3 hôpitaux aux urgences essentiellement, j'ai fait un petit peu de libéral et ensuite je suis arrivé à Rennes en 2004. De là j'ai fait 6 mois aux urgences, 2 ans dans le pool où j'ai tourné sur toutes les Réa, à l'époque on tournait que sur les Réa, l'hémato et les urgences, ils appelaient ça le pool technique. Et euh... après je suis allé en Réa CTCV pendant 7 ans. J'ai été ensuite formateur simulation pendant 5 ans, et puis je suis retourné depuis maintenant 2 ans en Réa CTCV.

ESI : Ok.. Du coup on va passer directement au vif du sujet. Toi quand tu as en charge un patient intubé ventilé mais conscient, comment tu communique avec lui ?

IDE 2 : Alors si il est conscient, j'essaie de lui faire répondre par oui ou par non. Je prends le temps déjà, parce que ça prend plus de temps pour formuler les choses et pour comprendre qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Donc je prends plus de temps pour essayer de comprendre la demande. Après ça dépend.. Il est conscient clair, ou conscient perturbé ? Parce que ça joue aussi.

ESI : Ça dépend des situations, il y a ça qui joue aussi...

IDE 2 : Quand ils sont un peu perturbés la difficulté c'est de gérer en plus ce truc là, c'est à dire avec un discours où la réponse ne va pas forcément être adaptée. Si il est vraiment conscient type Mr G qui était vraiment conscient, j'essaie au maximum de répondre à son questionnement. Donc ce que je fais c'est qu'en règle générale, tu as déjà une première idée du type « vous voulez la télécommande ? », et si tu vois que ce n'est pas ça, que c'est un autre truc, j'essaie de faire en éliminant les choses. Est ce que c'est un truc par rapport à vous ? Par rapport à nous ? Est ce que c'est un truc sur votre famille ? Et en fonction de ça j'essaie de faire comme un entonnoir pour arriver à la demande. Je fais ça essentiellement, alors après je prends du temps pour le faire. J'essaie vraiment de répondre à cette question là parce que je me dis que ça doit être une question importante pour eux. Tu vois je pense que s'il y a une question à poser à un soignant, à un moment, je pense qu'il y a vachement réfléchi et que ça doit être important pour lui. Alors évidemment si je vois qu'au bout de 5/6 minutes ou 10 minutes je tourne en rond et j'arrive pas tu vois je lui dit « je suis désolé, je comprends pas ». Par rapport à ton

mémoire, je te le dis juste maintenant parce qu'après je vais peut être oublier, je ne sais pas si tu connais M., il est peut être revenu quand tu étais déjà partie. Il a vu qu'il y a un psychologue qui a mis en place un système de reconnaissance avec une toute petite caméra...

ESI : Oui, l'eye-tracking c'est pas ça ?

IDE 2 : Oui voilà c'est ça, l'eye-tracking. Du coup on devrait le tester. On devait le tester là, donc je pense que ça va être repoussé mais y'a ce truc là qui est dans les tuyaux. Je t'en parle juste parce que tu pourrais en avoir besoin. Je peux t'avoir les références, ça coute pas très cher, ça coute 170 euros. C'est la petite caméra qui récupère juste l'oeil et qui ensuite te permet d'avoir des lettres ou des mots entiers. C'est notre projet pour pouvoir discuter un peu plus. Moi je connaissais pas ça, je connaissais le système qui existe surtout en réadaptation fonctionnelle où les patients peuvent utiliser leurs mains pour appuyer sur des touches de mots des ordinateurs pour créer des phrases. C'est un peu comme ce qu'on fait avec le tableau où on montre les vignettes, c'est comme ça mais en beaucoup plus amélioré.

ESI : Ah oui ok.. C'est bien ça, c'est un beau projet... Et du coup en dehors de cette communication verbale, tu accordes quelle importance à la communication non verbale ?

IDE 2 : Alors, beaucoup, tu sais je suis formé en hypnose. Je suis assez vigilant par rapport au non verbal. J'essaye d'être le plus disponible possible. J'ai fait un peu d'hypnose avec Mr G. Parce que dans l'hypnose il y a ce qu'on va te dire et tout le reste quoi.. Il y a le toucher, la ratification, c'est à dire voir comment est le patient, ce qu'il fait, comment il le fait, si il bouge les yeux, la tête etc, ça c'est l'expression et puis sa détente. Je suis assez attentif à ça.

ESI : D'accord. Selon toi, est-ce qu'il y a des informations plus ou moins difficiles à comprendre malgré l'intubation ? Des choses plus faciles à déchiffrer comme par exemple une douleur ?

IDE 2 : Ouais, tout à fait. La douleur, les besoins assez rapides par exemple « vous avez chaud, vous avez froid », vous voulez un soin de bouche... Il y a des trucs assez simples qu'on fait souvent finalement pour le confort ou plus. Donc ça c'est assez facile. Et c'est pour ça que je te disais parfois tu arrives et tu as déjà une première idée. Par exemple « vous voulez être redressé ? » quand il a glissé dans son lit, que la position n'est pas la bonne... Là il va te répondre rapidement. C'est quand eux ils ont une demande particulière, quelque chose qu'on ne fait pas d'habitude, que c'est plus compliqué. C'est par exemple « Est ce que ma femme vient cette après midi ? ». Comment tu demandes ça à des soignants alors que tu as le tube dans la bouche ? Tu vois c'est hyper compliqué et je trouve que c'est souvent pour ces questions là que c'est le plus difficile. Souvent sur les pansements, les soins d'hygiène, tout, c'est assez simple, assez facile. C'est plus par rapport à des demandes particulières, en plus ça ce sont des choses qui du coup sont souvent très importantes pour eux. Etre redressé oui c'est important mais savoir si ma femme est au courant... Alors je reviens aussi beaucoup sur le jour où on

est parce que, ça dépend aussi quand ils sont conscient, est ce qu'ils sont sous drogues ou pas, mais je reviens beaucoup sur la temporalité. Tu vois quand on parlait des choses sur lesquelles je suis attentif, il y a ça aussi... La temporalité et le confort.

ESI : Et du coup qu'est ce qui va te permettre de le comprendre plus facilement, de décoder le patient plus facilement quand il te parle ?

IDE 2 : Alors, il y a beaucoup les expressions du visage où effectivement quand tu vas poser une question tu vas savoir si c'est ça ou pas. Après quand ils sont conscients je leur demande vraiment le oui et non. Des fois ils commencent à s'énerver parce que tu comprends pas tu vois, c'est normal... Donc je leur dit, vous me dites bien oui, vous me dites bien non. On est bien d'accord que ça signifie oui et ça signifie non. Alors parfois je leur demande aussi de fermer les paupières, quand ils sont attachés par exemple, de cligner des yeux une fois pour dire oui et deux fois pour dire non ou même de bouger un tout petit peu la tête pour qu'on soit bien bien surs qu'on soit sur du oui et sur du non et puis après je fais un entonnoir.

ESI : Ok. Et comment tu fais lorsque tu n'arrives vraiment pas à le comprendre ?

IDE 2 : Bah à un moment je leur dit « Je suis désolé, là je comprends pas ». Je lui dit voilà je vais revenir plus tard parce que là je suis occupé puis je vais essayer de revenir en prenant peut être un peu plus de temps. Je prends 5 minutes de plus ou 10 minutes de plus pour essayer de creuser davantage. Mais y'a des fois où tu n'y arrives pas quoi, tu ne sais pas ce qu'ils voulaient. Mais je leur dit par contre.

ESI : Oui je vois.. Et toi quels sentiments tu ressens lorsque tu ne comprends pas comme ça ?

IDE 2 : Bah je suis assez frustré finalement. Alors je me dis que je le suis moins qu'eux parce que j'imagine que ça doit être juste l'enfer. Je pense qu'être intubé mais conscient c'est juste l'enfer. Déjà pour moi c'est un truc qui est difficile à supporter de façon empathique par rapport aux patients. Je trouve que c'est peut être un des trucs les pires en Réa quoi. Je me dis ça doit être juste l'enfer d'avoir le tube dans la bouche, d'être attaché, de pas pouvoir parler, de pas être confortable... Parce que même si tu fais le plus que tu peux, avoir un tube dans la bouche ça doit pas être confortable. Je trouve que c'est une situation qui est super compliquée. C'est pour ça d'ailleurs que j'aime pas trop la Réa med, là bas il y a beaucoup de sevrage respi du coup c'est des gens qui sont conscient et qui ont en plus du mal à respirer quoi... Enfin en général quand ils sont conscient et intubés c'est qu'ils ont du mal à respirer. Moi je trouve qu'ils ont beaucoup de courage... Pour moi c'est vraiment compliqué le patient intubé conscient, c'est pour ça que j'essaye d'être le plus disponible possible intellectuellement et physiquement parce que je me dis que ça doit être l'enfer d'être tout seul avec ce truc là...

ESI : Et du coup quand on comprend pas le patient intubé ventilé conscient, à ton avis quelles répercussions ça peut avoir sur la relation soignant soigné ?

IDE 2 : Bah moi je me dis au moins j'ai été le plus honnête possible quoi. Donc là, sur ce truc là, on se comprend pas. Je pense pas qu'il y ait une répercussion négative finalement. Je pense que c'est plutôt positif, il se dit que j'ai essayé de faire le maximum mais là on se comprend pas. Moi je suis transparent c'est sur. Moi je fais pas de trucs en douce. Quand ils sont conscient en plus, ils sont hyper attentifs. Tu vois bien que les yeux regardent partout, qu'ils regardent tout ce qu'on fait et puis on est beaucoup dans la chambre donc ils se demandent toujours ce qu'on va faire, ce qu'il va se passer. Donc j'essaie vraiment de prévenir encore plus les soins en disant voilà là on va faire ça maintenant, ensuite on va faire ça, « Est ce que vous êtes d'accord ? ». J'essaie vraiment de plus cadrer le truc et d'être le plus transparent possible. De préparer puis ensuite d'aussi détourner l'attention sur autre chose encaissant des blagues ou n'importe quoi d'autre. Je pense vraiment pas que ce soit négatif parce que vraiment moi j'arrête pas tout de suite quoi. Y'a un moment tu peux pas, tu peux pas...

ESI : Du coup en conclusion, quand tu prends soin d'un patient intubé, ventilé, conscient, qu'est-ce qui te semble essentiel en lien avec la relation soignant soigné ?

IDE 2 : Alors pour moi le truc essentiel c'est d'être le plus transparent possible, vraiment. Parce que je pense que c'est super difficile pour eux. Tu vois quand ils sont en extubation, ils sont encore un peu dans le gaz donc ça, ça va. Là ça va être des moments très longs pour eux. Si ils sont intubés conscient c'est qu'ils sont dans un état de sevrage respi en règle générale, donc on sait que ça va être long. Donc il faut vraiment que la relation elle soit privilégiée. Donc... la transparence, les explications. Et puis après il faut aussi ramener de la bonne humeur, être attentif. Tu vois c'est des patients quand ils vont sonner, je vais être plus rapidement attentif à ce qu'il se passe, à ce qu'ils veulent. Vraiment essayer au maximum d'accéder à leurs demandes. Parce que tu vois tu as un patient qui est extubé qui te demande son téléphone, bon bah ok oui je vous l'amène tout à l'heure. Là, si il me le demande, je pense que je vais le faire tout de suite. Parce que je me dis que j'essaie d'accéder le plus rapidement à leurs demandes... Je me dis que ça doit être important pour eux, que si ils demandent c'est que ça doit déjà leur trotter dans la tête depuis longtemps. On va vraiment à l'essentiel et puis après on peut déconner, on peut dire des conneries, on peut aller sur les photos qui sont aux alentours. Mais je pense que la transparence, être très attentifs à leurs besoins, et puis prendre du temps plus que les autres pour vraiment savoir ce sont ils ont besoin.

ESI : D'accord... Est ce que tu as quelque chose à ajouter ?

IDE 2 : Non... C'était cool !

ESI : Oui c'était cool... Merci en tous cas d'avoir répondu à mes questions.

## Annexe VIII : Tableaux d'analyse des entretiens

Les stratégies de communication			
Outils de communication	Disponibilité de l'IDE	Adapter la méthode de communication	Le non verbal
<p><u>Outils prêts à l'emploi :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'abécédaire</li> <li>- Les items un peu courants</li> <li>- Le tableau où on montre les vignettes</li> </ul> <p><u>Outils nécessitant l'écriture :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La traditionnelle ardoise magique avec le petit feutre</li> </ul> <p><u>Outils informatiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'eye tracking</li> <li>- Appuyer sur des touches de mots sur un ordinateur pour créer une phrase</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je prends le temps en règle générale, tu as déjà une première idée</li> <li>- J'essaye d'être le plus disponible possible intellectuellement et physiquement</li> </ul>	<p><u>Devancer les questions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des questions pour essayer de devancer ses demandes</li> </ul> <p><u>Poser des questions fermées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire répondre par oui ou par non</li> </ul> <p><u>Procéder par élimination :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- J'essaye de faire en éliminant les choses</li> <li>- J'essaye de faire comme un entonnoir pour arriver à la demande</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le regard</li> <li>- Les mains</li> <li>- Les gestes</li> </ul>
6	2	4	3

<b>Les limites de la communication</b>			
<b>Des barrières</b>	<b>Barrières côté soignant</b>	<b>Barrières côté patient</b>	<b>L'environnement</b>
Plusieurs barrières	- Les masques	<u>Altération des capacités</u> : - Les oedèmes - La sonde d'intubation  <u>Troubles cognitifs :</u> - Les sédations - Les gens sont conscients mais pas forcément cohérents - Pas forcément conscients de la situation - Quand ils sont perturbés, la difficulté est aussi de gérer ce truc là	- Le bruit - La lumière - Les surveillances horaires - Milieu très invasif - Milieu très hostile
1	1	6	5

<b>Les formes de la communication non verbale et l'importance accordée par les soignants</b>	
<b>L'importance accordée à la communication non verbale</b>	<b>La forme donnée</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyper important</li> <li>- Partie intégrante de la communication</li> <li>- Beaucoup</li> <li>- Je suis assez vigilant par rapport au non verbal</li> <li>- J'essaye d'être le plus disponible possible</li> </ul>	<p><u>La prise de contact :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le toucher</li> <li>- La façon dont on arrive dans la chambre</li> <li>- La façon dont on allume la lumière</li> <li>- L'attitude</li> </ul> <p><u>L'utilisation du corps :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- On peut montrer ou signifier sur le corps</li> <li>- L'hypnose</li> </ul> <p><u>L'observation du patient :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le regard</li> <li>- La ratification : c'est à dire comment est le patient, ce qu'il fait, comment il le fait</li> <li>- Son expression</li> <li>- Sa détente</li> </ul>
5	10

<b>Les informations plus ou moins difficiles à comprendre</b>	
<b>Les informations comprises aisément</b>	<b>Les informations plus difficiles à capter</b>
<p><u>Les informations liées aux soins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quand c'est lié aux soins on y arrive assez facilement</li> <li>- Souvent sur les pansements, les soins d'hygiène, c'est assez simple, assez facile</li> </ul> <p><u>Les besoins liés au confort du patient :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La douleur</li> <li>- Les besoins assez rapides par exemple 'Vous avez chaud ? Vous avez froid ?'</li> <li>- Des trucs assez simples qu'on fait souvent finalement pour le confort</li> </ul>	<p><u>Les raisons de l'hospitalisation et leur état de santé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ce qu'il s'est passé avant</li> <li>- Pourquoi ils sont là</li> <li>- Des questions très ouvertes sur le diagnostic</li> </ul> <p><u>Les demandes particulières :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- C'est quand eux ont une demande particulière, quelque chose qu'on ne fait pas d'habitude que c'est plus compliqué</li> <li>- C'est par rapport à des demandes particulières, en plus ce sont des choses qui du coup sont souvent très importantes pour eux</li> </ul>
5	5

<b>Le décodage du patient</b>		
<b>La temporalité</b>	<b>Les expressions par le corps</b>	<b>La compréhension</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je reviens beaucoup sur le jour où on est</li> <li>- Je reviens beaucoup sur la temporalité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regarder son visage et ses mains</li> <li>- Son corps de manière générale, sa position</li> <li>- Les expressions du visage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si la communication n'est pas adaptée, il faut être sûr qu'ils comprennent bien, qu'on puisse en discuter et répondre à ses questions</li> <li>- On est d'accord que ça signifie oui et ça signifie non</li> </ul>
2	3	2

### Les sentiments ressentis en cas d'incompréhension par le soignant

Lors de l'incompréhension	Les sentiments positifs	Les sentiments négatifs
<p><u>Dire l'impossibilité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au bout d'un moment tu laisses tomber</li> <li>- Tu dis « je suis désolé j'y arrive pas »</li> <li>- « Je suis désolé, là je comprends pas »</li> </ul> <p><u>Différer :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Je vais revenir plus tard</li> <li>- Je vais essayer de revenir en prenant peut être un peu plus de temps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentiment d'avoir fait tout ce que tu pouvais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- C'est très frustrant</li> <li>- Tu sais que lui va en souffrir</li> <li>- Pour moi c'est un truc difficile à supporter de façon empathique</li> <li>- Je me dis que ça doit être juste l'enfer d'avoir un tube dans la bouche, d'être attaché, de pas pouvoir parler, de pas être confortable</li> <li>- Forcément j'ai été mis en difficulté à des moments</li> </ul>
5	1	5

Les répercussions de l'incompréhension du soignant sur la relation soignant soigné		
Les répercussions positives	Les répercussions négatives	Mesures mises en place pour limiter les répercussions
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je ne pense pas qu'il y ait de répercussions négatives finalement</li> <li>- Il se dit que j'ai essayé de faire le maximum</li> <li>- J'ai été le plus honnête possible</li> <li>- Je suis transparent</li> <li>- Je fais pas de trucs en douce</li> <li>- Je pense pas que ce soit négatif parce que moi j'arrête pas tout de suite</li> </ul>	<p><u>Répercussions négatives pour le patient :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'angoisse et la colère du patient</li> <li>- L'agitation</li> <li>- Un patient qui se sent incompris, ça va le stresser</li> <li>- Il va avoir peur et devenir agressif</li> <li>- Le premier risque c'est l'auto extubation</li> </ul> <p><u>Répercussions négatives pour le soignant :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tu perds le patient pour qu'il participe à ses soins, en tous cas que ça se passe le mieux possible</li> </ul>	<p><u>L'apaisement du patient :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trouver du temps</li> <li>- Lui laisser une marge de liberté</li> <li>- Respecter son rythme au maximum</li> <li>- Préserver des moments de repos, des moments de calme</li> <li>- Je vais essayer de le laisser au calme</li> <li>- Préparer puis détourner l'attention</li> </ul> <p><u>Les mesures en collaboration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Je vais m'assurer de le mettre en sécurité : barrières, contentions si c'est prescrit</li> <li>- Si on voit qu'il y a vraiment de l'angoisse, revoir un peu les traitements médicamenteux avec le médecin</li> <li>- Je vais prévenir encore plus les soins</li> </ul>
6	6	8

**Les essentiels de la relation soignant soigné dans la prise en soins du patient intubé ventilé conscient**

<b>Le consentement</b>	<b>L'attitude soignante</b>	<b>Une relation privilégiée</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir son aval, son consentement</li> <li>- Le faire participer aux soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévenir de tout ce qu'on va faire</li> <li>- On va vraiment à l'essentiel</li> <li>- Puis on peut déconner, dire des conneries, aller sur les photos</li> <li>- Ramener de la bonne humeur</li> <li>- Etre le plus transparent possible</li> <li>- Etre très attentif à leurs besoins</li> <li>- Donner des explications</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Devancer toutes les demandes</li> <li>- Il faut vraiment que la relation elle soit privilégiée</li> <li>- Vraiment essayer au maximum d'accéder à leurs demandes</li> <li>- J'essaie d'accéder le plus rapidement à leurs demandes</li> <li>- Prendre du temps plus que les autres pour vraiment savoir ce dont ils ont besoin</li> </ul>
2	7	5

# S'exprimer sans mots : un effort pour le patient intubé ventilé en réanimation et un défi pour le soignant qui tente de le comprendre

## Introduction

Une tape dans le dos et un regard insistant en guise d'appel. Ce sont les codes que Monsieur G, patient intubé et conscient en réanimation, utilise pour communiquer avec moi. Je mets du temps à comprendre sa demande et cela me questionne.

## Intérêt professionnel

Dans ce mémoire, je souhaite donc comprendre comment adapter la communication avec le patient intubé ventilé et conscient pour faire perdurer une relation soignant soigné de qualité.

1

## Question de départ

“ En réanimation, en quoi l'absence de communication verbale avec un patient intubé ventilé impacte-t-elle la relation soignant soigné ? ”

2

## Méthode

1. Une réflexion autour de ces concepts : le patient en réanimation, la communication et la relation soignant, soigné
2. Des éclairages théoriques à partir d'ouvrages et d'articles de différents auteurs
3. Deux entretiens semi-directifs avec des professionnels aux profils complémentaires
4. L'analyse descriptive de ces entretiens puis la mise en lien avec les propos théoriques
5. Une discussion entre les propos des professionnels, les apports théoriques des auteurs et mon point de vue

## Résultats

- Une absence de communication à cause de la sonde d'intubation vécue comme une privation de liberté d'expression.
- Un “ milieu hostile et invasif ” selon les soignants, provoquant une désorientation spatio-temporelle aussi liée aux sédations.
- Une communication se basant sur le paralangage et nécessitant l'utilisation d'outils.
- Une approche complexe pour les soignants demandant du temps, de l'attention et une attitude soignante appropriée.

3

4

## Projection professionnelle

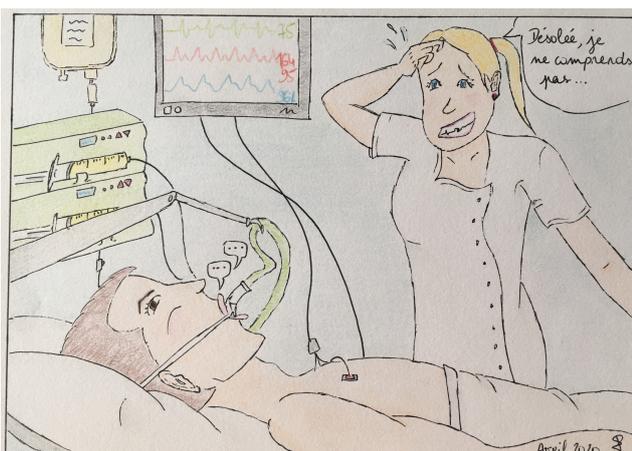
Mon projet professionnel se dessine vers la réanimation. Malgré le fait que ce soit un service hautement technique, je pense qu'il est essentiel de mettre en avant la relation soignant soigné.

A travers mon travail de recherche, j'ai pu comprendre que:

- L'adaptation de la communication se fait avec une grande part de paralangage.
- Si elle induit des répercussions négatives, elles concernent plutôt le patient (émotions décuplées...)
- Et même quand la communication n'est pas possible, la relation perdure malgré des modifications.

Bien qu'elle soit modifiée, elle est toujours présente.

Je retiens la phrase d'un des infirmiers : “ Il faut vraiment que la relation soit privilégiée ”.



## Références bibliographiques :

Labro, P. (1996). *La Traversée* (ISBN 2-07-040407-2). France : éditions Gallimard

Novosad, J. (2016). Les soins relationnels au cœur des pratiques en réanimation. *La revue de l'infirmière*, n° 219, page 34.



Justine BERHAULT  
Promotion 2017-2020  
IFSI du CHU de Rennes  
Evaluation UE optionnelle 5.7 S6

**NOM :** Berhault

**PRÉNOM :** Justine

**TITRE :** S'exprimer sans mots : un effort pour le patient intubé ventilé en réanimation et un défi pour le soignant qui tente de le comprendre

Communication in intensive care unit is essential to get a good caring relationship. When the patient is intubated and ventilated, he's deprived of his speech freedom. So, my initial question is : « In intensive-care unit, how does the lack of verbal communication with a ventilated intubated patient impact the care relationship ? » The different concepts exploration as the patient in intensive-care unit, the communication and the carer-patient relationship, enabled to build a reflection on the impacts of lack of understanding on the care relationship. When the patient is intubated, ventilated and conscious, the caregiver has to take time to talk with him. Also, he has to be careful of the care receiver's needs and take heed of his paralinguage.

However, the nurse may sometimes have difficulties with patient's requests because of the intubation tube which prevents him from using verbal communication. It has both negative and positive impacts, but doesn't prevent the establishment of a special relationship with the person being cared for.

On the other hand, if the impacts don't prevent the creation of a trusted relationship, the relationship's different theoretical stages are modified.

La communication en service de réanimation est essentielle pour permettre une relation soignant soigné de qualité. Lorsque le patient est intubé et ventilé, il est privé de sa liberté d'expression. Ma question de départ est donc : « En réanimation, en quoi l'absence de communication verbale avec un patient intubé ventilé impacte-t-elle la relation soignant soigné ? ». L'exploration des différents concepts, du patient en réanimation, de la communication et de la relation soignant soigné, a permis de construire une réflexion autour des impacts de l'incompréhension sur la relation de soins. Lors des échanges avec le patient intubé ventilé et conscient, il est nécessaire de prendre le temps, de porter attention aux besoins de la personne soignée et surtout de prêter une grande importance au para langage.

Cependant, l'infirmier peut parfois être en difficulté par rapport à la demande du patient puisque la sonde d'intubation l'empêche d'utiliser de la communication verbale. Cela a des impacts négatifs et positifs qui n'empêchent pas, pour autant, d'instaurer une relation privilégiée avec la personne soignée.

En revanche, si les impacts n'empêchent pas de créer une relation de confiance, les différentes étapes théoriques de la relation soignant soigné sont modifiées.

**KEYWORDS :** Communication - Caring relationship - Intubation - Intensive-care unit - Lack of understanding

**MOTS CLÉS :** Communication - Relation de soins - Intubation - Incompréhension - Réanimation

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : CHU Pontchaillou

Adresse : 2 rue Henri Le Guilloux, 35033 Rennes Cedex 09

TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES - Année de formation : 2017 - 2020